Contribution à la cartographie de l'action sociale

Rapport présenté par :

Bérénice DELPAL et Gildas LE COZ

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

.

Rapport n° RM2006-165P
Novembre 2006

Contribution à la cartographie de l'action sociale

Rapport présenté par :

Bérénice DELPAL et Gildas LE COZ

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Il est rappelé que les travaux de l'IGAS sont menés en toute indépendance.
Le présent rapport n'engage pas les ministres qui l'ont demandé.

Rapport n° RM2006-125P
Novembre 2006

Sommaire

Introduction

La mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) a décidé de procéder à une étude de l'action sociale des caisses de sécurité sociale, souhaitant en particulier mesurer les risques de redondance de cette forme d'intervention des caisses avec la politique d'action sociale des collectivités territoriales et de tout autre intervenant. A cette fin, elle a sollicité les corps de contrôle de l'Etat.

Réalisé par Bérénice Delpal et Gildas Le Coz, membres de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), le présent rapport intitulé « Contribution à une cartographie de l'action sociale » s'inscrit dans ce cadre.

La notion de cartographie indique le projet dans lequel les auteurs souhaitent inscrire leur travail : établir une représentation simplifiée, aussi souvent que possible à l'aide de tableaux, de schémas et de diagrammes, du « continent »[1] vaste et complexe de l'aide et de l'action sociales.

La rapport est conçu comme une contribution à la réalisation de ce projet ambitieux. En effet loin d'explorer l'ensemble des aspects de l'aide et de l'action sociales la mission s'est concentrée sur :

- cinq politiques, identifiées dans le code de l'action sociale et des familles (CASF) comme des « formes » de l'aide et de l'action sociales[2] : protection de l'enfance, famille, politique en faveur des handicapés, politique en faveur des personnes âgées, lutte contre l'exclusion ;
- trois grandes catégories d'acteurs (Etat, collectivités locales et caisses de sécurité sociale) ;
- et trois techniques traditionnelles d'intervention en matière de protection sociale (assurances sociales, aide sociale, action sociale) ; la technique fiscale n'a pas été étudiée.

Elle s'est appuyée sur quelques sources principales offrant de nombreux et solides matériaux propres à une cartographie : le CASF, des travaux universitaires[3], les productions de la DREES, et les rapports des inspections et de la cour des comptes sur ce thème.

Elle n'a pu procéder à des recoupements d'informations aussi approfondis qu'il serait souhaitable. Dans les développements à venir de la cartographie, il conviendra de présenter pour chaque catégorie d'offre de services (garde d'enfants ou services aux personnes âgées par exemple) l'ensemble des prestations en nature et en espèces fournies ainsi que les effets des mesures fiscales.

---

[1] L'expression vient sous la plume d'un économiste dans la préface d'un récent ouvrage sur l'action sociale, *L'économie politique de l'action sociale*, P. Naves, H. Delfavard, Dunod, 2006. Il est vrai que le social se prête bien à la métaphore géographique. Sous la plume de Patrice Legrand (*Le secteur médico social*, Berger Levrault, 1994), on trouve mention de l' « archipel des établissements et services sociaux ». Désireuses d'aider leurs concitoyens à se repérer dans l'ensemble des services sociaux présents sur leur territoire, de nombreuses régions établissent leur « atlas social ». Chaque revue économique et sociale propose son « baromètre » du social. A la une de sa première de couverture, la livraison 2006 de *L'année de l'action sociale* (Dunod) annonce une analyse du nouveau « paysage » de l'action sociale et médico-sociale.

[2] CASF, livre II « différentes formes d'aide et d'action sociales ». La mission n'a pas pu examiner, dans ce travail de repérage, les politiques en faveur des personnes immigrées, ni celles relatives à l'égalité entre les hommes et les femmes.

[3] En particulier *Droit de l'aide et de l'action sociale*, M.Borgetto, R.Lafore, Montchrestien, 5ème édition, 2004.

Fruit de ce repérage cartographique, le rapport consiste en deux documents : la présente synthèse et des fiches thématiques (regroupées au sein de l'annexe 1 à cette synthèse) portant sur : les notions, les chiffres, les acteurs, et la coordination en matière d'aide et d'action sociales.

Cette note de synthèse s'articule autour de deux aspects :

- la description du contenu et du mode d'emploi de la cartographie achevée dont la mission recommande l'élaboration ;
- une première préfiguration de cette cartographie.

1. L'outil cartographique

1.1 Eléments devant figurer dans la cartographie

Une cartographie de l'aide et de l'action sociales doit présenter de façon simplifiée :

- les prestations qui composent l'aide et l'action sociales, avec le double souci d'exhaustivité et de classification – en distinguant donc les prestations en espèces des prestations en nature et, à terme, les mesures fiscales dédiées ;

- les politiques dans lesquelles ces prestations sont utilisées ; l'intérêt de l'approche cartographique réside ici dans la représentation de la convergence des politiques publiques, au delà de l'impression d'hétérogénéité que peut donner la désignation des cibles qu'elles se fixent. Certaines politiques sont en effet désignées par les publics auxquels les aides sont destinées (l'enfance, les personnes handicapées, les personnes âgées par exemple). D'autres politiques sont caractérisées par leur domaine d'intervention (emploi, logement, santé, par exemple). D'autres enfin sont désignées par leur finalité (lutte contre les exclusions ou pour la cohésion sociale et l'égalité des chances par exemple). Une cartographie peut rendre compte de façon simplifiée du recoupement dans les faits de ces politiques: les dispositifs « verticaux » (emploi, logement, santé) contribuent aux politiques « horizontales » (en faveur des jeunes, des personnes handicapées, ou immigrées) et forment l'essentiel des politiques de cohésion sociale, en particulier sur les territoires sensibles de la politique de la ville ;

- les acteurs de l'aide et de l'action sociales ; la difficulté réside dans le fait que tous les acteurs possibles interviennent : l'Etat, les trois collectivités territoriales, les organismes sociaux, des opérateurs publics, les associations ;

- le rôle joué par les différents acteurs : de façon schématique, on peut dire qu'ils occupent trois fonctions distinctes qui peuvent être représentées aisément dans une cartographie: une fonction de conception/financement des dispositifs, dans laquelle l'Etat législateur occupe une place importante ; une fonction de planification/programmation qui se concrétise par exemple par les schémas d'organisation sanitaire et sociaux ; une fonction de délivrance des prestations aux publics (versement des allocations, accueil et prise en charge « physique » des publics) exercée par des opérateurs de terrain nombreux et spécialisés;

- les modes opératoires des politiques d'aide et d'action sociales ; l'exercice cartographique doit mettre en évidence, pour chaque catégorie de politique « qui fait quoi », à chaque échelon territorial (national, régional, départemental, communal, mais également au delà du découpage administratif, par exemple par « pays » ou bassin d'emploi). A cet égard il est particulièrement important de faire apparaître à quels acteurs incombent la maîtrise d'ouvrage et la maîtrise d'œuvre.

Exemple : les caisses d'allocation familiale (CAF) sont en position de maîtres d'ouvrage dans le cadre de leur action sociale. Elles sont en position de maîtres d'œuvre lorsqu'elles versent le RMI.

- les techniques de protection sociale ; une cartographie doit faire apparaître la part respective des techniques de protection sociale dans la prise en charge des questions sociales. La mission propose de retenir les trois techniques de base que sont les assurances sociales, l'aide sociale et l'action sociale, ainsi qu'à terme la fiscalité.

1.2 Utilisation de l'outil cartographique

Comme tout outil cartographique la cartographie de l'aide et de l'action sociales constitue un moyen de repérage pour l'action . L'hypothèse défendue par la mission est que les institutions appelées à intervenir dans l'aide et l'action sociales ont besoin de cet outil quelle que soit la nature de leur action : qu'il s'agisse de la conception, de la mise en œuvre, du contrôle, ou de l'évaluation des politiques.

C'est un outil qui permet de :

- définir les contours et le contenu de l'aide et de l'action sociales : il n'y a pas de cartographie opérationnelle sans légende ni lexique des termes usuels ; la présente note propose plus loin un ré-examen des notions d'aide et d'action sociales ;

- dénombrer les bénéficiaires, et les moyens (financiers, humains et techniques) consacrés à l'aide et à l'action sociales (cf. plus loin la question des chiffres de l'aide et de l'action sociales)

Sur cette base, la cartographie peut être utilisée pour :

- croiser les informations

Pour illustrer cette utilisation la mission s'est efforcée de réaliser des tableaux permettant de repérer aisément quels acteurs financent quelles prestations, en utilisant quelle technique de protection sociale : cf. la fiche thématique n° 1 annexée.

- vérifier les cohérences terme à terme

La présentation cartographique se prête à des aperçus permettant de saisir de façon schématique mais lisible et pratique la réponse à des questions telles que :

- *« Au total, toutes politiques confondues, toutes techniques d'intervention confondues, que fait chacun des acteurs? »* La fiche thématique n° 4 annexée présente notamment le rôle du département et de la commune.

- *« Au total, toutes techniques confondues, qui fait quoi, et comment, sur le territoire départemental ?»* Une mission à venir de l'IGAS se propose d'étudier cette question en matière de politique du handicap et d'aide aux personnes âgées, sur quelques départements.

- vérifier l'optimisation des dispositifs

Exemple : « N'y a t-il pas des conflits positifs (redondances) ou des conflits négatifs (besoins non pris en charge)? » La mission propose *infra* une méthode de repérage des cas dans lesquels ces risques sont particulièrement présents.

2. Premiers éléments de cartographie de l'aide et de l'action sociales

Au terme de son travail la mission apporte différents éléments relatifs à une cartographie de l'aide et de l'action sociales.

Ces apports sont d'ordre différent : pour filer la métaphore cartographique, certains sont utilisables pour élaborer le fond de carte (comme les observations de la mission sur les notions), d'autres proposent des éléments qui pourraient entrer dans le contenu même des cartes (premiers résultats chiffrés sur les dépenses ou les bénéficiaires de l'aide et de l'action sociales, repérage et classification des coordination entre les acteurs), d'autres enfin s'attachent à illustrer l'utilisation de l'outil cartographique (repérage des zones à risques notamment).

Ils concernent successivement quatre thématiques de la cartographie effectuée :
- les notions d'aide et d'action sociales ;
- les chiffres de l'aide et de l'action sociales ;
- les acteurs de l'aide et de l'action sociales ;
- les dispositifs de l'aide et de l'action sociales.

2.1 Les notions d'aide sociale et d'action sociale

Dans la fiche thématique n° 2, la mission détaille la présentation de la construction théorique des notions d'aide sociale et d'action sociale, établies par les juristes et les universitaires, pour mieux appréhender les évolutions de ces notions en théorie comme en pratique.

Elle fait le constat qu'à l'origine existaient des distinctions relativement bien établies entre les trois techniques de protection sociale que sont les assurances sociales, l'aide sociale et l'action sociale. Ces notions ont longtemps permis de délimiter les frontières au sein des sous-ensembles de la protection sociale et entre cette dernière et le reste des politiques publiques.

Aux systèmes de prévoyance et d'assurances sociales[4], **contributifs**, s'opposaient l'aide et l'action sociales, prestations sans contrepartie requise du bénéficiaire.

Aide et action sociales	**Assurances sociales**
Non contributif	Contributif
Solidarité d'appartenance (au genre humain ou à la collectivité nationale)	Solidarité de participation socio-professionnelle
tradition assistancielle	traditions de la prévoyance et de sécurité sociale

[4] Nous regrouperons pour simplifier les deux mécanismes de prévoyance et de sécurité sociales sous le vocable d'assurances sociales au sens large. Par rapport à la nomenclature utilisée dans les comptes de la protection sociale, nous incluons de ce fait dans la technique d'intervention des assurances sociales les régimes de sécurité sociale (salariés et autres régimes) de base et complémentaires - qui correspondent dans les comptes de la protection sociale aux « assurances sociales » *stricto sensu*, qui comprennent les régimes d'indemnisation du chômage- mais aussi les régimes d'employeurs et les régimes de la mutualité, de la retraite supplémentaire et de la prévoyance. Tous ces régimes ont en effet en commun de reposer sur une logique de solidarité socio-professionnelle et un principe contributif.

L'aide sociale pouvait se distinguer de l'action sociale par son caractère **obligatoire** pour la collectivité chargée de la mettre en œuvre.

L'aide sociale, qui, à la différence de l'action sociale, est enserrée dans un cadre juridique étroit, présente en outre des spécificités nettes : il s'agit d'un droit alimentaire (prolongement de la solidarité familiale) spécifique et subsidiaire. Ces caractéristiques ont des conséquences concrètes sur les prestations servies :
- elles sont soumises à conditions de ressources ;
- elles sont perçues à défaut de créances alimentaires ;
- elles peuvent faire l'objet d'un recours en récupération ;
- elles s'apprécient subjectivement, éventuellement à l'issue d'une enquête[5].

Inversement, les prestations d'assurances sociales, contributives, ne sont pas soumises à condition de ressources, ne peuvent faire l'objet d'un recours en récupération, et présentent un caractère universel.

Mais les spécificités de ces notions se sont peu à peu estompées et les frontières qu'elles délimitaient sont devenues moins étanches.

1. le critère distinctif traditionnel que constitue le caractère obligatoire de l'aide sociale, par opposition à l'action sociale facultative, semble peu opérant.

- Il se traduit concrètement dans l'obligation *financière* faite aux collectivités d'inscrire les dépenses correspondantes dans leur budget.

- Mais il est possible de mettre en évidence des obligations de participations financières qui ont été imposées aux collectivités (par exemple l'abondement obligatoire du Fonds d'aide aux jeunes ou du Fonds de solidarité logement), et qui ne relèvent pas pour autant de l'aide sociale - on désigne ces actions sous le vocable d'« action sociale obligatoire ».

- En outre, des distinctions peuvent être faites entre aide sociale légale et aide sociale extralégale.

La fiche thématique n°2 présente le détail de ces distinctions. La mission constate que de fait, aide et action sociales sont parfois très imbriquées en particulier dans le cas de l'aide sociale extralégale et de l'action sociale sous contrainte légale, l'ensemble des actions formant un continuum où il est parfois malaisé de distinguer où passe la frontière théorique délimitée par ces concepts.

2. les logiques des trois techniques d'assurances, d'aide et d'action sociales se sont en outre interpénétrées au fil du temps, conduisant le législateur à créer des prestations qualifiées d' hybrides dans la présente note, au sens où elles empruntent leurs caractères aux techniques d'assurance, d'aide sociale et/ou d'action sociale. La mission a repéré particulièrement les évolutions suivantes :

- introduction de la logique de l'aide sociale au sein de la sécurité sociale par le biais de prestations de sécurité de sécurité sociale dites non contributives, d'abord sous conditions

[5] Le détail des exceptions à ces principes est fourni dans la fiche thématique n°2 de l'annexe 1.

de ressources (allocation de mère au foyer, allocation logement par exemple), puis sans conditions de ressources (comme l'allocation d'éducation spéciale devenue en 2005 allocation d'éducation des enfants handicapés) ;

Exemple : *la couverture maladie universelle (CMU).*

Comme une prestation de sécurité sociale, la CMU est gérée par les caisses de sécurité sociale ; mais comme une prestation d'aide sociale, elle n'est pas soumise à contribution (en dessous d'un certain niveau de ressources), donne lieu à des actions en récupération dans certains cas et relève des juridictions d'aide sociale[6].

- introduction de la logique d'assurance dans certains dispositifs d'aide sociale avec les prestations non contributives de solidarité nationale

Exemples : l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et la prestation de compensation du handicap (PCH).

Certaines des caractéristiques de ces prestations renvoient à l'aide sociale : caractère non contributif, financement en partie par les départements, décision prise par le président du conseil général, inscription dans le CASF ; et pourtant l'absence de subsidiarité, de conditions de ressources, de recours en récupération, le financement en partie par la CSG les rapprochent aussi de prestations de sécurité sociale.

- Des prestations inédites

Exemple : le RMI

Comme une prestation de sécurité sociale, le RMI est universel –mais avec trois exceptions (jeunes de moins de 25 ans sans charge de famille, étrangers irréguliers, élèves ou stagiaires). Il emprunte en outre au caractère global de l'action sociale par le biais du contrat d'insertion. Mais plusieurs caractéristiques en font une prestation non seulement hybride mais inédite : prestation de solvabilisation globale, elle est liée à un niveau de ressources objectivement défini et non à un besoin à prouver comme dans le cas de l'aide sociale ; la prestation se situe en outre entre la proclamation d'un droit à un minimum de moyens d'existence et la nécessité pour les bénéficiaires et la collectivité de s'engager dans une dynamique de réintégration dans le droit commun.

En définitive, aujourd'hui, les concepts de référence de la protection sociale ne sont plus complètement opératoires.

Le travail cartographique doit contribuer à clarifier trois problèmes principaux :

- Le fait que le caractère obligatoire ne soit pas un élément réellement distinctif entre aide et action sociales.

- Le fait que la notion d'action sociale désigne deux réalités différentes. Au terme des évolutions récentes et notamment de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'aide et l'action

---

[6]La CMU complémentaire relève la compétence des juridictions de l'aide sociale ; la CMU de base de la compétence des TASS, l'action sociale facultative des départements destinée à aider une personne à bénéficier dela complémentaire des tribunaux administratifs.

sociale et médico-sociale et de la refonte du CASF, deux acceptions différentes de l'action sociale sont en effet utilisées:

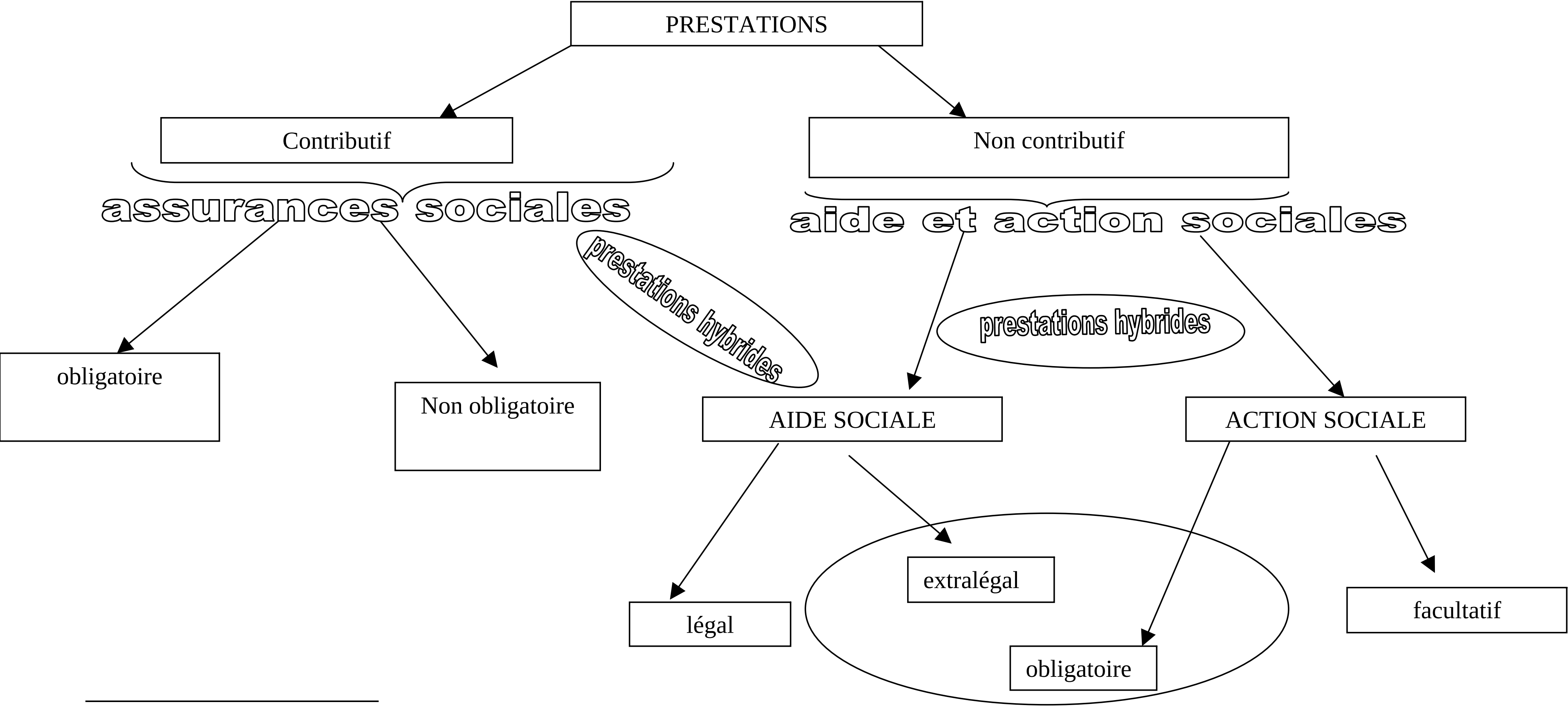
- la notion d'action sociale peut désigner les actions ne correspondant pas aux critères propres de l'aide sociale, et qui donc se distinguent de cette dernière. On peut citer :

    - l'action sanitaire et sociale des organismes de sécurité sociale qui vient compléter ou prolonger leurs actions de droit commun au titre de la sécurité sociale ;
    - l'action facultative des départements qui vient compléter ou prolonger leurs actions de droit commun au titre de l'aide sociale ;
    - les interventions à visée sociale des départements et des communes hors l'aide sociale ;
    - les politiques de doit commun de l'Etat ou des régions qui ont pour objet ou pour effet de servir une finalité d'«inclusion sociale» ou de «cohésion sociale», qu'elles s'adressent aux publics cibles de l'aide et de l'action sociales (enfance, famille, personnes handicapées, personnes âgées, personnes menacées d'exclusion) ou qu'elles y contribuent dans leur secteur ou leur domaine d'intervention (emploi, logement, santé, éducation …).

- La même notion peut être comprise comme une appellation générique, englobant les actions spécifiques mentionnées *supra* et l'aide sociale.

- Le fait que les prestations hybrides (cf. exemples ci-dessus et tableau de synthèse (tableau n° 7) de la fiche thématique n° 2) ne se prêtent pas à la classification « classique ». Ne pouvant être rangées dans aucune des trois techniques, elles doivent prendre leur place en tant que telles dans la cartographie des notions de protection sociale dont le schéma ci-dessous dessine les contours.

schéma 1: les distinctions entre les notions[7]



[7] Ce schéma mêle deux logiques de catégorisation qui auraient en réalité dû être distinguées en toute rigueur : une logique de financement (caractère contributif ou non) et juridique (légal, extralégal…)

Les enjeux de cette clarification sont de trois ordres :

- pour le citoyen : une bonne lisibilité du système garantit une meilleure appréhension de l'action publique ;

- pour le bénéficiaire et/ou pour les opérateurs susceptibles de le renseigner : la clarification améliorerait notamment les conditions d'accès aux prestations et aux voies de recours contentieux ;

- pour les décideurs : une meilleure appréhension des caractéristiques des prestations mises en place ne peut que contribuer à éclairer les choix. En outre, la multiplicité des acteurs dans l'aide et l'action sociales rend indispensable la construction d'une langage et d'un corps de références communs, permettant à tous de s'entendre sur le contenu et la portée des concepts utilisés. Enfin, il faut noter qu'une clarification des notions peut constituer un point d'appui pour une réorganisation opérationnelle des services.

L'outil cartographique peut ainsi contribuer à une mise en cohérence et à une plus grande transparence des politiques menées et par voie de conséquence à une optimisation des moyens qui leur sont consacrés.

2.2 L'inventaire des données chiffrées concernant l'aide et l'action sociales

La mission a porté son attention sur deux catégories de données quantitatives :
- les dépenses retracées notamment dans les comptes de la protection sociale ;
- les données relatives aux bénéficiaires et aux prestations d'aide et d'action sociales, à partir des travaux de la direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques des secteurs sanitaire et sociale (DREES), et de la direction de l'administration de la recherche, des études et des statistiques du secteur travail, emploi (DARES) dans le secteur de la lutte contre l'exclusion.

2.2.1 Les dépenses

La mission a exploité les comptes de la protection sociale afin d'y repérer :

- la part des dépenses relevant respectivement des trois grandes techniques de protection sociale identifiées : assurances sociales, aide sociale et action sociale. La catégorie des minima sociaux a en outre été ajoutée à cette distinction, pour des raisons pratiques de codage ;
- et la part des quatre grandes catégories de financeurs[8] qu'elle a retenues dans sa propre typologie (Etat, organismes de sécurité sociale, collectivités territoriales, associations et autres organismes privés).

[8] La mission a entendu par financeur l'acteur qui détermine les choix majeurs dans l'affectation des dépenses relatives à une prestation. Il est évident que la notion pourrait être affinée, et que les attributions des acteurs sont parfois mêlées (cofinancements, par exemple, ou compétences de tarification des établissements - cf. fiche thématique n°1). Ce premier repérage permet toutefois de clairement distinguer, le cas échéant, l'organisme verseur de l'organisme financeur.

Les résultats complets sont retracés dans la fiche thématique n°3. Le tableau suivant en résume les principaux aspects.

Montant et répartition des dépenses des acteurs, selon les techniques de protection (2004)

En M€	**Assurances sociales**	**aide sociale**	**Action sociale**	**Minima sociaux**	**Ensemble**
OSS	417 797	60	4 105	2 662	424 624
Etat	3 925	1 318	15 905	8 494	29 641
Collectivités locales	2	12 537	1 712	5 494	19 745
Associations	0	8 583	487		9 070
Ensemble	**421 724**	**22 498**	**22 209**	**16 650**	**483 080**
dont minimum vieillesse				2 385	
dont Etat + minimum vieillesse				10 879	
En %	**Assurances sociales**	**aide sociale**	**Action sociale**	**Minima sociaux**	**Ensemble**
OSS	86,5%	0,0%	0,8%	0,6%	87,9%
Etat	0,8%	0,3%	3,3%	1,8%	6,1%
Collectivités locales	0,0%	2,6%	0,4%	1,1%	4,1%
Associations	0,0%	1,8%	0,1%	0,0%	1,9%
Ensemble	**87,3%**	**4,7%**	**4,6%**	**3,4%**	**100,0%**
dont minimum vieillesse				0,5%	

Au sein de l'ensemble de la protection sociale, soit 483 Mrds €, l'assurance sociale représente 87,3% des dépenses, l'aide sociale et l'action sociale environ 4,6% chacune, les minima 3,4%.

Si les dépenses d'aide sociale, d'action sociale et les minima représentent un faible pourcentage de l'ensemble, les montants concernés sont importants en valeur absolue : 61,35 Mrds€.

Enfin, il apparaît que les acteurs utilisent majoritairement une technique d'intervention : ainsi les organismes de sécurité sociale utilisent à 98,4% la technique des assurances, et leurs dépenses représentent 99,1% des dépenses totales d'assurances sociales. Les collectivités locales utilisent quant à elles massivement la technique de l'aide sociale (à 63,5%, soit 55,7% des dépenses d'aide sociale). Cette observation relative au financement du système vient nuancer le constat habituel d'enchevêtrement des responsabilités dans le domaine de la protection sociale.

Les résultats obtenus par la mission permettent de fournir de premiers ordres de grandeur. Ils comprennent toutefois des **limites importantes** qui tiennent à trois types de raisons :

Tout d'abord, naturellement, les erreurs et incertitudes de la mission elle-même dans son travail de retraitement des comptes de la protection sociale, qui l'a conduite à rechercher la part des trois techniques dans chaque catégorie de dépenses à partir d'une méthode de codage présentée en annexe [9].).

[9] Le détail du travail de codage effectué par la mission et des conventions adoptées est présenté dans la fiche thématique n° 3 de l'annexe 1.

Ensuite, les imprécisions des comptes qui peuvent être constatées dans la désagrégation de certaines prestations. Certaines lignes budgétaires des comptes ont dû ainsi être éclatées pour être classées en assurances sociales, aide sociale ou action sociale. Mais cette répartition est parfois malaisée, notamment pour des « prestations diverses » dont le contenu n'est pas précisé, ou des « prestations extralégales des caisses de sécurité sociale et frais divers » dont l'appellation prête à confusion puisqu'il s'agit en fait de prestations des collectivités locales.

Enfin, la nature même de certains concepts et conventions des comptes de la protection sociale. En effet, si les comptes de la protection sociale fournissent un outil très précieux de chiffrage de l'ensemble des emplois et des ressources de la protection sociale, ils s'inscrivent, en tant que compte satellite des comptes nationaux et partie d'un système européen, dans un cadre contraignant qui ne leur permet pas de retracer l'ensemble des dépenses d'aide et d'action sociales et le rôle des différentes acteurs dans ce domaine.

La mission a pour cela cherché à compléter ces données chiffrées à partir de trois sources principales : des études de l'INSEE sur les associations, le document de politique transversale (DPT) « inclusion » associé la présentation de la loi de finances 2006, et les enquêtes de la DREES sur l'aide sociale des départements.

Il en ressort deux conclusions principales :

- d'une part, l**'analyse très imparfaite qui a dû être faite des dépenses d'action sociale des associations** à partir des comptes de la protection sociale. Les conventions comptables adoptées pour l'élaboration des comptes de la protection sociale ne permettent pas de refléter pleinement leur rôle : les dépenses issues des dons et legs des ménages notamment ne sont pas retracées dans les comptes (cf. note méthodologique jointe à la fiche thématique n°3).

- d'autre part, **s'agissant des dépenses de l'Etat, des situations diverses** : la comparaison avec le DPT permet de mettre en évidence des interventions de l'Etat non reprises dans les comptes car ne relevant pas d'un risque (par exemple : accueil des étrangers, protection judiciaire de la jeunesse, égalité entre hommes et femmes) ; et des interventions mal prises en compte en raison notamment du cadre comptable des comptes de la protection sociale ne retraçant pas les opérations en capital (exemple : le logement).

Les limites soulignées ci-dessus invitent à des améliorations méthodologiques afin de mieux appréhender les dépenses d'aide et d'action sociales au sein du système de protection sociale français et de disposer ainsi de données validées et acceptées par tous les acteurs de l'aide et de l'action sociales.

La DREES a prévu de s'engager dans cette voie d'amélioration de la connaissance de l'aide et de l'action sociales dans les comptes de la protection sociale :

- amélioration méthodologique notamment en matière de ventilation des prestations de services sociaux par risques et d'enregistrement des prestations de services sociaux des collectivités locales ; une estimation des dépenses en capital des régimes de protection sociale et par conséquent l'estimation d'un besoin de financement de l'ensemble du système de protection sociale pourrait également être engagé à échéance plus lointaine;

- étude sur l'ensemble des dépenses d'aide et d'action sociales qui, selon une démarche identique à celle retenue dans l'élaboration du compte social du handicap, regroupera des données dispersées. Ce travail s'appuiera non seulement sur les comptes de la protection sociale, mais aussi sur des données complémentaires comme des études sur les institutions sans but lucratif, le document de politique transversale sur l'inclusion sociale, l'enquête de la DREES sur l'aide sociale des départements, ou les données comptables relatives aux fonds d'action sanitaire et sociale des organismes de protection sociale ;

- réflexion sur l'adaptation et l'évolution de certains des concepts utilisés dans le cadre central des comptes nationaux, afin de mieux prendre en compte les dépenses relatives à l'aide et à l'action sociales – démarche qui ne peut être engagée que dans le cadre des travaux d'élaboration de la prochaine base des comptes nationaux[10].

2.2.2 Les bénéficiaires des politiques d'aide et d'action sociales

La mission s'est appuyée sur les nombreux travaux de la DREES en la matière, qui permettent de disposer d'une palette variée d'analyses :

- une analyse par acteur, particulièrement poussée s'agissant de l'aide et de l'action sociales des communes et des départements ;
- une analyse par modalité d'organisation des acteurs, notamment par le biais de monographies sur les modalités d'action adoptées;
- une analyse par prestation, retraçant le profil des bénéficiaires (par exemple de minima sociaux).

L'exploitation de ces travaux est retracée dans la fiche thématique n° 1 sous forme de tableaux indiquant le nombre de bénéficiaires par politique, et dans la fiche thématique n° 4 sur le rôle et les modalités d'action détaillées des communes et des départements.

2.3 La coordination des acteurs de l'aide et de l'action sociales

Un premier niveau d'analyse confirme le constat de l'enchevêtrement des acteurs en matière d'aide et d'action sociales : dans toutes les politiques analysées (enfance, famille, personnes âgées, personnes handicapées, lutte contre l'exclusion), tous les acteurs (Etat, collectivités territoriales, organismes sociaux) interviennent peu ou prou.

Ils sont présents dans au moins un des registres majeurs de l'action publique depuis la conception ou le financement des dispositifs, jusqu'à la délivrance de prestations aux publics, en passant par la planification … cette présence pouvant être constatée à tous les échelons territoriaux : national, régional, départemental et infra départemental.

Toutefois ce constat doit être nuancé. Comme le montre le tableau ci-dessous, c'est principalement dans le domaine de l'action sociale que l'ensemble des acteurs sont appelés à intervenir. En matière d'assurances sociales et d'aide sociale la répartition des rôles est plus claire :

[10] Source : M. Laurent Caussat, sous-directeur des synthèses, des études et de l'évaluation à la DREES 3 juillet 2006.

	Assurances sociales	Action sociale	Aide sociale
Etat		oui	*Oui à titre résiduel*
Collectivités locales		oui	oui
Organismes de sécurité sociale	oui	oui	

Légende : les zones grisées indiquent que la technique n'est pas utilisée

Les tableaux de la fiche thématique n°1 reprennent ce type de présentation en la détaillant pour chacune des grandes politiques d'aide et d'action sociales examinées par la mission.

La mission n'avait pas pour mandat d'analyser les avantages et inconvénients de cette situation. Elle s'en est tenue à son rôle cartographique. Dans ce cadre, elle estime que l'outil cartographique doit impérativement rendre compte d'une des conséquences pratiques de la multiplicité des acteurs, à savoir la coordination des acteurs - le terme de coordination étant employé ici de façon générique pour désigner plus une finalité (travailler ensemble) qu'une procédure précise. Une cartographie de l'aide et de l'action sociales doit donc en présenter de façon simplifiée (par exemple sous forme de tableaux) les formes existantes ou en construction.

Pour ce premier repérage cartographique, la mission a mis en évidence quatre séries de constatations :

- Un effort de codification des modes de coordination a été effectué au sein du code de l'action sociale et des familles (CASF). La mission a procédé à un inventaire des dispositifs codifiés, en différenciant, par politique, les échelons territoriaux (national, régional, départemental) et la finalité des formes de coordination. Le résultat est présenté sous forme de tableau (tableau n°39, fiche thématique n° 5).

- Les formes et procédures de coordination sont très diverses : l'analyse à poursuivre devrait distinguer ce qui relève de la consultation, de la concertation, de la coopération/coordination, et du partenariat.

- Un schéma cible semble se dessiner pour chaque politique au niveau territorial, associant quatre éléments propices à la coordination : un acteur pilote ; une instance de concertation entre les acteurs ; un outil de planification territoriale ; un référent ou un « guichet unique ». Le tableau n° 40 figurant dans la fiche thématique n°5 donne un aperçu détaillé de ce schéma pour quelques politiques.

- Une typologie des différentes « coordinations » mises en place. Il est apparu à la mission qu'au-delà de leur diversité, les différentes formes de coordination présentent des caractéristiques communes. Elles dépendent moins des choix individuels des différents gestionnaires que de la nécessité à laquelle tous sont confrontés de prendre en compte la diversité des besoins des usagers. Cela les conduit à utiliser des combinaisons de dispositifs relevant de politiques différentes, aucun dispositif n'offrant à lui seul l'ensemble des solutions aux difficultés rencontrées par les usagers. Une typologie des coordinations peut ainsi être esquissée, résumée dans le tableau ci-dessous :

	problème identique	problèmes différents
Public identique	Politique classique, droits sociaux classiques ex : l'aide sociale à l'enfance (ASE), qui nécessite la coordination entre divers services du département et entre ceux-ci et l'Etat (la PJJ)	Reprendre des politiques existantes et les coordonner ex : la politique en faveur de l'enfance nécessite d'articuler politiques scolaire, sociale, sanitaire, et judiciaire
Publics différents	Reconstruction d'une politique ex : l'identité du problème de la dépendance conduit à rapprocher la prise en charge de plusieurs catégories de publics (personnes âgées et personnes handicapées mineurs et adultes) qui relevaient précédemment de politiques différentes.	. Cas de la lutte contre l'exclusion notamment : elle vise des publics différents, qui sont menacés d'exclusion pour des motifs divers (âge, sexe, état de santé, lieu de résidence, nationalité, qualification), et sont confrontés à des problèmes eux-mêmes diversifiés (d'emploi, de santé, de logement, de charge familiale, de dépendance…).

Un outil cartographique achevé devrait donc permettre aux institutions chargées de la conception, de la mise en œuvre, du contrôle ou de l'évaluation de suivre attentivement notamment le « schéma cible » de coordination qui se dégage de ce premier repérage. La priorité pourrait être donnée au suivi de la mise en œuvre de la disposition de la loi du 13 août 2004 faisant du département le coordinateur de l'aide et de l'action sociales sur son territoire, selon les termes de l'article L. 121-1 du CASF qui dispose :

« *le département définit et met en œuvre la politique d'action sociale, en tenant compte des compétences confiées par la loi à l'Etat, aux autres collectivités territoriales ainsi qu'aux organismes de sécurité sociale* » (…) il « *coordonne les actions menées sur son territoire* » qui concourent à cette politique et « *organise la participation de l'Etat, des collectivités territoriales et de leurs établissements publics, des organismes de sécurité sociale, des associations et des institutions sociales et médico-sociales* » à la définition des orientations en matière d'aide et d'action sociales et à leur mise en œuvre.

2.4 Les dispositifs d'aide et d'action sociales

La mission a constaté que le service rendu aux publics supposait de mobiliser une combinaison de dispositifs de nature différente, mis en œuvre par des acteurs eux-mêmes divers. Les tableaux 2 à 6 fournis en annexe 1 illustrent ces interventions croisées pour cinq politiques (enfance, famille, personnes âgées, personnes handicapées, lutte contre l'exclusion).

Cette architecture présente des inconvénients et notamment des risques de conflits positifs, de conflits négatifs, ou d'une sous optimisation globale.

Aussi incomplet soit-il, le repérage effectué par la mission a permis d'identifier trois types de situations comportant ces risques. Dans une approche cartographique, il s'agirait de trois **« zones à risques »** qui justifieraient une surveillance de la part des institutions intéressées à la conception, à la mise en œuvre, au suivi, à l'évaluation et au contrôle de l'aide et de l'action sociales.

- D'une part, les zones de contact entre des acteurs différents.

Ainsi, les communes développent une action sociale pour compléter l'action des départements ou de l'Etat. Les organismes de sécurité sociale, par le biais de leur action sociale, complètent également des prestations ou actions des départements et de l'Etat. Enfin les départements développent des actions sous contraintes légales en complément de celles menées par l'Etat.

- En second lieu, les zones de contact entre des techniques de protection sociale différentes gérées par une même catégorie d'acteurs.

Ainsi, s'agissant des organismes de sécurité sociale, entre l'action sanitaire et l'assurance sociale. De même, pour le département, entre aide sociale extralégale et action sociale facultative.

- En troisième lieu, les zones de contact entre dispositifs « verticaux » (comme les politiques sectorielles d'emploi, de logement, de santé) et dispositifs « horizontaux » (politiques par public, personnes en difficulté sociale en premier lieu).

Une **approche globale par type de service rendu au public** (par exemple : la garde d'enfant, entendue comme un service générique et non comme le dispositif spécifique déployé par un acteur) apparaît dans cette optique particulièrement pertinente à la mission, afin d'évaluer l'effet global de la superposition des aides mises en place par les différents acteurs.

La variété des dispositifs et la pluralité des acteurs présentent en effet le risque, si l'information demeure parcellaire et dispersée, qu'une politique publique décidée par un des acteurs concernés vienne modifier le diagnostic et la portée d'une autre politique menée par un autre acteur[11]. On peut considérer que c'est la résultante de la combinaison de ces actions dispersées qui constitue la « politique » publique effective. Une approche cartographique d'ensemble permet de vérifier plus aisément si les résultats observés sont conformes aux objectifs des différents acteurs. On peut imaginer par exemple pour une politique donnée une présentation permettant de vérifier si toutes aides confondues - fiscalité comprise - les niveaux de revenus ouvrant droit à une aide publique correspondent aux choix des différentes institutions ayant apporté leur contribution à cette politique à titre principal ou complémentaire.

[11] Les travaux de Denis Anne et Yannick L'Horty sur les effets des aides locales sur le gain au retour à l'emploi fournissent une analyse de ce phénomène dans le cas des bénéficiaires du RMI. Cf. « Transferts sociaux locaux et retour à l'emploi », *Economie et statistiques* n° 357-8, 2002.

Conclusion

Le travail effectué par la mission dans cette contribution à une cartographie de l'aide et de l'action sociales relève d'une démarche d'« explorateur » plus que de celle d'un « géographe ». Il a permis, si ce n'est d'élaborer la cartographie, du moins d'éclairer les enjeux et les modalités d'une telle cartographie, et d'apporter de premiers éléments de son contenu.

A l'issue de cette exploration du domaine de l'aide et de l'action sociales, il convient de s'interroger sur la pertinence du projet de cartographie à l'origine de la mission.

Il apparaît nettement qu'un tel outil est à la fois utile et faisable tant il est vrai que les matériaux de la cartographie existent, en particulier grâce aux travaux de la DREES. Cette prise de position en faveur d'une cartographie de l'aide et de l'action sociales s'accompagne d'une préconisation et d'une réserve.

La mission préconise d'adosser la cartographie à une structure ouverte à tous les « décideurs » (élus nationaux, élus locaux, élus sociaux) en responsabilité des grandes institutions qui produisent l'aide et l'action sociales : départements, communes, organismes de sécurité sociale, et bien entendu services centraux et déconcentrés de l'Etat. Elle insiste sur le fait qu'une juxtaposition d'outils à vocation cartographique ne fait pas une cartographie. Que penser en effet d'une cartographie des océans donnant aux navigateurs des cartes fondées sur des échelles différentes et désignant les passages et les écueils avec des termes différents ?

Ainsi, au-delà de la mise à disposition de données fiables, l'idée serait de fournir un langage commun, accepté et approprié par tous les acteurs concernés, qui serait le cas échéant une base de rapprochement des acteurs dans les phases de conception, de contrôle ou d'évaluation des politiques cartographiées.

Aussi complète et partagée soit-elle la cartographie n'aura pourtant pas la vertu d'éliminer ni même de réduire la complexité de l'aide et de l'action sociales. Selon la mission, celle-ci trouve sa source dans une série d'évolutions entamées depuis la fin des années 70 :

- la mise en œuvre des politiques sociales nécessite des formes d'intervention de plus en plus diversifiées et sophistiquées articulant des techniques d'assurance sociale, d'aide sociale et d'action sociale - l'hybridation des grandes prestations évoquée plus (cf. également la fiche thématique n°2 de l'annexe 1) est une des manifestations de cette évolution porteuse certes de complexité mais aussi de progrès ;

- selon un choix politique constant, la prise en charge de ces interventions est répartie entre l'Etat, les collectivités territoriales et les organismes sociaux. Ce choix dicté par une préoccupation d'efficacité constitue également un facteur de complexité, lui-même redoublé par un second facteur : toutes ces catégories d'acteurs peuvent être placées en situation de financeurs, de coordinateurs ou de prestataires selon les politiques et les dispositifs.

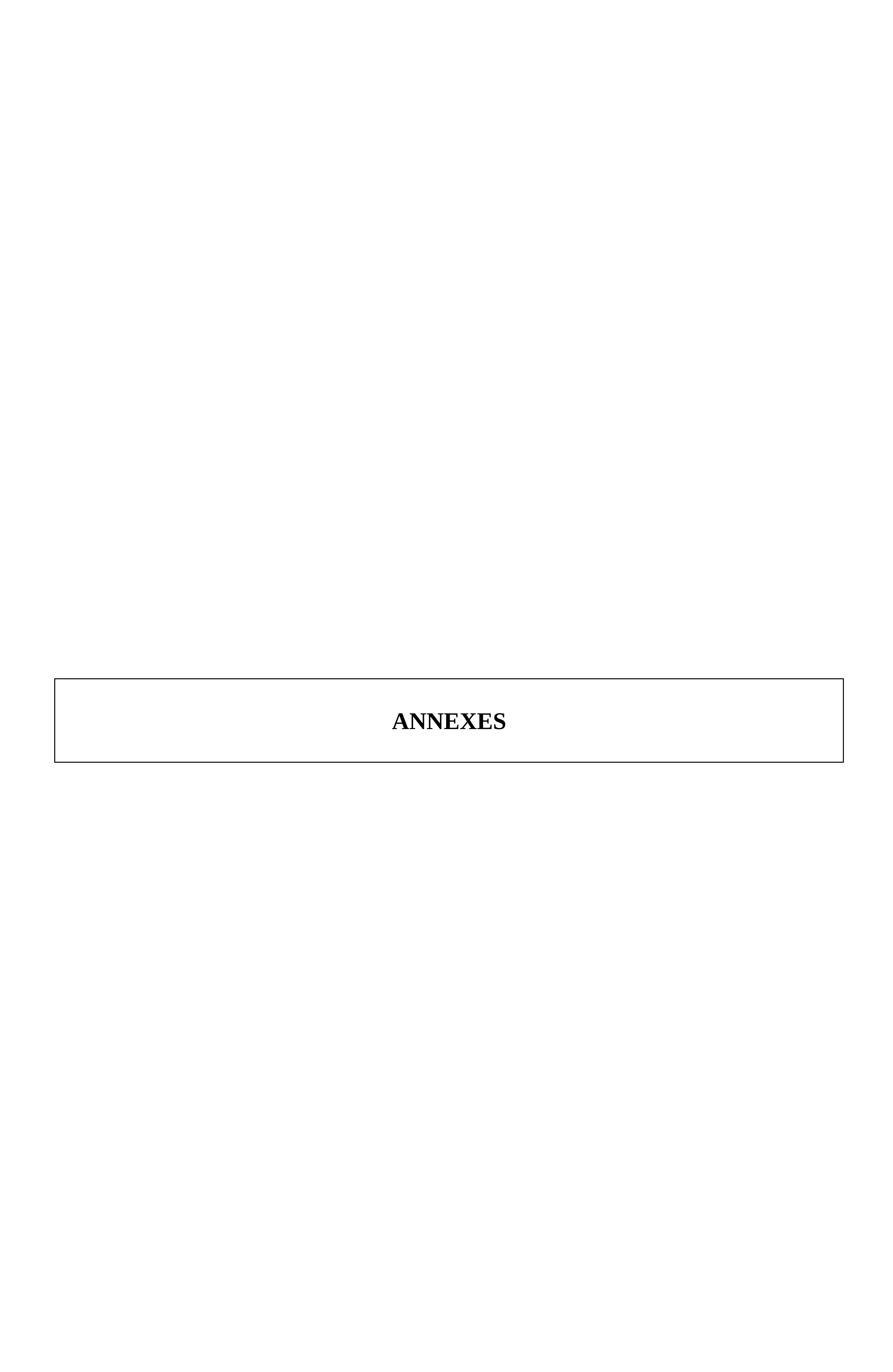
- enfin, les usagers demandent plus d'individualisation et une proximité de traitement accrue alors que les institutions chargées de l'aide et de l'action sociales sont contraints de délivrer leurs prestations dans une démarche de plus en plus industrialisée et avec une préoccupation croissante de la maîtrise des coûts.

Dans ces conditions, la complexité est un indice de vitalité. Dés lors s'il n'est pas envisageable de l'éradiquer, il est possible de simplifier l'exercice des responsabilités, tant celles des autorités politiques que celles des gestionnaires et des personnels en contact avec les publics à tous les niveaux.

Une cartographie peut être l'outil de ce projet. Aux différents acteurs concernés, elle peut apporter notamment une représentation identique du continent de l'action et de l'aide sociales, un même lexique, les mêmes repères, et la possibilité d'exercer de façon convergente une vigilance sur les « effets collatéraux » de cette complexité croissante.

Le travail cartographique réalisé ici, largement inspiré par les matériaux d'ores et déjà disponibles, a l'ambition d'y contribuer.

Bérénice DELPAL Gildas LE COZ



ANNEXES

Liste des annexes



Annexe 1 : fiches thématiques

ANNEXE 1 : FICHES THEMATIQUES

Cette annexe se compose de cinq fiches thématiques qui viennent compléter l'analyse synthétique proposée dans le corps de la contribution. Elles proposent aussi souvent que possible, à l'aide de schémas et de tableaux, une représentation simplifiée des données quantitatives et qualitatives, contenues dans les travaux des services spécialisés, des corps d'inspections, et des universitaires[1].

Elles comportent 4 volets :

La fiche thématique n°1 présente un panorama d'ensemble des prestations en espèces et en nature que mobilisent les politiques de protection de l'enfance, d'aide à la famille, aux personnes handicapées, aux personnes âgées et la politique de lutte contre les exclusions.

La fiche n°2 s'attache à définir les notions d'aide sociale et d'action sociale, en mettant en évidence ce qui distingue et ce qui rapproche ces deux techniques de protection sociale entre elles d'une part, et de la technique des assurances sociales d'autre part.

La fiche n°3 présente les chiffres – clés de l'action et de l'aide sociales en particulier tels qu'ils ressortent des comptes de la protection sociale .

La fiche n°4 présente le rôle de quatre acteurs majeurs de l'aide et de l'action sociales : le département, la commune, les caisses de sécurité sociale et l'Etat.

La fiche n° 5 porte sur la coordination des acteurs, aux différents échelons du territoire.

[1] Les rédacteurs ont particulièrement utilisé les enquêtes de la Direction de la recherche, des études, et de l'évaluation (DREES) , les rapports de l'IGAS et les travaux des professeurs M. Borgetto et R.Lafore.

1.1 Fiche n°1: Panorama d'ensemble

Afin de situer l'aide et l'action sociales dans le système français de protection sociale, la mission a distingué :

- trois techniques traditionnelles d'intervention en matière de protection sociale (assurances sociales, aide sociale, action sociale) ;
- les principaux acteurs de l'aide et de l'action sociales, qu'elle a regroupés en quatre catégories génériques : Etat ; collectivités locales ; organismes de sécurité sociale ; institutions privées, associations et comités d'entreprise;
- les principales politiques d'aide et d'action sociales.

Cette première partie présente de façon simplifiée un panorama d'ensemble. Ont été retenues pour ce panorama :

- trois catégories d'acteurs : organismes de sécurité sociale, Etat, collectivités locales (département, commune et région) ;

Le temps imparti à la mission et le manque de données sur les associations et les comités d'entreprise n'a pas permis d'approfondir le rôle de ces deux catégories d'acteurs.

- cinq grandes politiques : protection de l'enfance, famille, politique en faveur des handicapés, politique en faveur des personnes âgées, lutte contre l'exclusion.

Ces politiques sont celles qui sont identifiées dans le code de l'action sociale et des familles (CASF) comme des « formes » de l'aide et de l'action sociales[2]. La mission n'a pas pu examiner, dans ce travail de repérage, les politiques en faveur des personnes immigrées.

La présentation prend la forme de deux ensembles de tableaux présentés ci-après (tableaux 1 à 6) :

- un tableau général croisant acteurs et techniques d'intervention ;
- des tableaux croisant acteurs et techniques d'intervention par grande politique de l'aide et de l'action sociales.

Le premier tableau fournit un aperçu de la répartition des interventions des catégories d'acteurs par technique d'intervention. Il illustre notamment le fait que certains acteurs n'utilisent pas certaines techniques (par exemple, les collectivités locales n'utilisent pas la technique de l'assurance) : les zones sont alors grisées. Les acteurs sont ici entendus au sens

---

[2] CASF, livre II « différentes formes d'aide et d'action sociales ». En matière de lutte contre les exclusions, le champ retenu est celui de l'article R 115 –1 du CASF *« Outre le revenu minimum d'insertion, le dispositif de réponse à l'urgence sociale et de lutte contre la pauvreté comprend notamment des mesures d'accueil et d'hébergement d'urgence mises en œuvre dans le cadre des programmes de lutte contre la pauvreté et la précarité, les actions menées à partir des CHRS, l'aide à la prise en charge des factures d'impayés d'eau et d'énergie, les dispositifs locaux d'accès aux soins des plus démunis, les mesures prévues pour la prévention et le règlement des difficultés liées au surendettement des particuliers et des familles, les plans départementaux d'action pour le logement des personnes défavorisées, les mesures favorisant le retour à l'emploi et la lutte contre l'exclusion professionnelle, notamment par l'insertion par l' activité économique, la politique de la ville et le développement social des quartiers. »*

des décideurs (le plus souvent financeurs, le cas échéant dans le cadre de cofinancements complexes).

Les tableaux suivants apportent des informations chiffrées sur le nombre de bénéficiaires des prestations individuelles[3], ou de places disponibles dans les structures d'accueil, et ce pour chacune des politiques susmentionnées. Lorsque des actions sont effectuées mais que ces informations ne sont pas disponibles, elles sont mentionnées par le signe ND.

Les informations relatives aux établissements médicaux et médico-sociaux ont été classées par la mission dans la partie relative aux actions pilotées par les organismes de sécurité sociale ; ce qui ne doit pas faire oublier le rôle de l'Etat dans le pilotage de ces organismes par :

- la compétence d'autorisation et la compétence tarifaire du préfet pour les établissements financés par l'Etat (ESAT, auxiliaires de vie) et l'assurance maladie (IME, MAS, SSIAD…), compétence partagée avec le président du conseil général en cas de cofinancement (EHPAD, FAM…)[4] ;
- la construction et le vote de l'ONDAM ;
- la répartition des enveloppes financières, désormais par l'intermédiaire de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) pour les établissements sociaux et médico-sociaux relevant de la compétence tarifaire du préfet et de la compétence conjointe préfet/président du conseil général.

---

[3] certaines prestations échappent de fait au recensement des mesures appliquées, comme les dépenses fiscales.
[4] La répartition des compétences est fixée aux articles L.313-1 et L.314-2 du CASF.

Tableau 1 : tableau croisé des acteurs et des techniques d'intervention

	Organismes de sécurité sociale	**Etat**		**Collectivités locales**		
		Publics cibles	Politiques catégorielles	département	commune	région
Assurances sociales	Maladie Invalidité Accidents du travail Vieillesse Survie Maternité Famille Insertion et réinsertion professionnelle Chômage Logement Pauvreté-exclusion sociale					
Action sociale	Action sanitaire et sociale	Enfance Famille Personnes handicapées (AAH) Personnes âgées Personnes en difficulté sociale	Emploi Logement santé	Action sociale facultative Action sociale obligatoire : Service départemental d'action sociale ; FSL ; FAJ PMI	Action sociale facultative	Formation professionnelle Santé
Aide sociale		Article L. 127.1 CASF[5]		Aide sociale légale Aide sociale extralégale } ASPH ASPA RMI ASE	*Réception des demandes*	

[5]personnes sans domicile fixe ou résidant de façon exceptionnelle sur le territoire national, aide médicale d'Etat, allocation simple aux personnes âgées, allocation différentielle aux adultes handicapés, frais d'hébergement, d'entretien et de formation professionnelle des personnes handicapées dans les établissements de rééducation professionnelle, frais de fonctionnement des CAT, mesures d'aide sociale en matière de logement, d'hébergement et de réinsertion, allocation aux familles dont les soutiens indispensables accomplissent le service national

Tableau 2 : protection de l'enfance

	Organismes de sécurité sociale	Etat		Collectivités locales		
		Publics cibles	Politiques catégorielles	département	commune	région
Assurances sociales	Maladie : Prestations médico-pyschologiques (ND)					
Action sociale		PJJ : • 3 477 enfants et jeunes majeurs pris en charge par la PJJ • 350 établissements de la PJJ pour 12 000 places (mai 2004)	Education Nationale : centres médico-psycho-pédagogiques (ND)	Compléments ASE (cf. enquête DREES) (ND) service départemental consultations d'hygiène mentale infantile (ND)		
Aide sociale				• 85 519 enfants confiés à l'ASE par mesure judiciaire • 21 740 placements directs par le juge des enfants • 29 826 enfants confiés à l'ASE par mesures administratives • 96 213 AEMO 35 514 AED • 13 000 éducateurs de jeunes enfants, 18 000 moniteurs éducateurs	*Réception des demandes*	

Sources : FINESS pour les établissements (PJJ), DREES ER sur aide sociale départementale ; DREES enquête sur les bénéficiaires de l'aide sociale départementale, Observatoire national de l'enfance en danger rapport 2005 (données 31/12/2003) sur les mesures PJJ.

Tableau 3 : politique en faveur de la famille

	Organismes de sécurité sociale	**Etat**		**Collectivités locales**		
		Publics cibles	Politiques catégorielles	département	commune	région
Assurances sociales	<u>Allocations familiales :</u> 4319 977 familles bénéficiaires • 750 070 PAJE • 827 143 complément familial • 2 0842 908 Allocation rentrée scolaire • 653 783 allocation de soutien familial 10245 bénéficiaires de <u>l'assurance veuvage</u> en 2004 1,236M allocataire de <u>l'ALF</u>					
Action sociale	Action sociale CNAF (plus de 6M de bénéficiaires potentiels) : ND sauf : <u>familles aidées dans le cadre de l'aide au foyer</u> (intervention de TISF ou AVS) : 42 791 par les CAF 52475 par la CNAMTS 4491 par la MSA	175 600 bénéficiaires de l'API 250 EICCF REEAP : 4000 soutiens à la fonction parentale soutenues par les DDASS	3, 9 M de bénéficiaires d'aides au logement	ND sauf 4520 interventions de TISF et AVS pour des aides au foyer hors ASE et PMI <u>PMI</u> • 155 511 ½ journées de consultations prénatales et planification • 746 872 enfants vus en consultation infantile <u>FAJ</u> : 103 000 jeunes primo-aidés	Equipements collectifs, tarifs colonies, cantines… (ND) Services de travailleurs sociaux (ND) Logement (ND)[6]	Aides aux lycéens, bourses (ND)
Aide sociale		allocation aux familles dont les soutiens indispensables accomplissent le service national (ND)		Service social polyvalent	*Réception des demandes*	

<u>Sources :</u> indicateurs du PNAI DGAS (API), DREES sur action sociale communes, comptes de la sécurité sociale pour les prestations familiales (champ CNAF uniquement) ; étude CNAF sur l'aide au foyer, Direction des statistiques, des études et de la recherche, C. Chabanier, novembre 2005 pour le nombre de familles aidées dans le cadre de l'aide au foyer et les interventions des départements dans ce cadre, mission PMI pour PMI, bleu budgétaire 2007 pour les REEAP et les EICCF. <u>Données 2004.</u>

[6] Selon la CNAF Les collectivités financent en moyenne 35% du coût total des crèches

Tableau 4 : politique en faveur des personnes âgées

	Organismes de sécurité sociale	**Etat**		**Collectivités locales**		
		Publics cibles	Politiques catégorielles	département	commune	région
Assurances sociales	10,6M de <u>retraites</u> du RG à droit contributif <u>établissements</u> [7]: • 88 931 places de SSIAD en 2004 (1700 services) • 4000 places en HAD* • 1044 USLD • Hôpitaux gériatriques de jour et services gériatriques aigus (ND) Frais de soins en établissements spécialisés (ND)					
Action sociale	CNAV : 359 000 bénéficiaires *Dont* aides ménagères 287 000	Minimum vieillesse[8] Exonérations de sécurité sociale pour l'emploi d'aide à domicile, réductions d'impôts[9] (ND)		Aides aux déplacements et transports, aides ménagères, services à domicile (portages de repas), adaptation de l'habitat, téléalarme (ND)	Colis de noël, foyers logements, aides ménagères, portages de repas (ND)	
Aide sociale				<u>Aides à domicile</u> : 539 989 bénéficiaires dont 483 817 APA (*129 PSD)* <u>Aides en établissement ou famille d'accueil</u> : 486 026 bénéficiaires		

<u>Sources</u> : données 2004 issues de : CNAV, *Recueil statistique* 2004 ; Cour des comptes, *Les personnes âgées dépendantes*, 2005 ; DREES *Etudes et résultats* n° 428, 317 et 453. *même si l'HAD ne concerne pas que les personnes âgées.

---

[7] 96 % des bénéficiaires des SSIAD et 81 % des résidents en établissement (hors logements-foyers) sont classés en GIR 1 à 4 (source : cour des comptes).

[8] Chiffrage DREES : 2,7 Mrds € en 2002 , *Dossier solidarité et santé* n°1, janvier-mars 2004.

[9] chiffrage Cour des comptes : 273M€ pour les PA dépendantes ; 241M€ d'exonérations de charges sociales pour les particuliers employeurs bénéficiaires de l'APA

Tableau 5 : politique de lutte contre l'exclusion

	Organismes de sécurité sociale	**Etat**		**Collectivités locales**		
		Publics cibles	**Politiques catégorielles**	**département**	**commune**	**région**
Assurances sociales	CMU de base :1 629 297 bénéficiaires					
Action sociale	CNAMTS (accès aux soins) (ND)	ASI : 75 131 Politique de la ville (ND) Politique de santé : 397 permanences PASS CMU C: 4 734 550 bénéficiaires Entre 165 000 et 175 000 dossiers déposés devant les commissions de surendettement	Mesures « emploi » du plan de cohésion sociale (stock France entière sauf exception) • CJE 115 500 • CIE 212 400 • CES+CEC+CAE+CA : 239 300 • CIVIS : 212 325 (août 06) Insertion par l'activité économique • AI 40 305 • EI 8 544 • ETTI 4 063	Dispositifs transférés aux départements 1/01/05 : FAJ 103 000 FSL 239 300 Impayés eau et énergie Mesures « emploi » du plan de cohésion sociale : CI RMA 8960 (juin 2006) Secours, repas, impayés, aides spécifiques Accès aux soins	Bons alimentaires, secours, impayés, prêts (ND)	formation
Aide sociale		CHRS : 30 332 places Hébergement d'urgence : 18 900 places Maisons relais : 1799 places Aide médicale d'Etat : 146 297 bénéficiaires		RMI 1 238 460 (France entière) RMA : 982	*Réception des demandes*	

Source : DREES, DARES, DGAS, et CNAF MSA pour RMI. Données au 31/12/2004 sauf plan de cohésion sociale : mai 2006 sauf CI-RMA (juin 2006), CJE (décembre 2005) , IAE (2005) et dossiers de surendettement (2005) et FSL (estimation 2002 de DGUHC).

Tableau 6 : politique en faveur des personnes handicapées

	Organismes de sécurité sociale	Etat		Collectivités locales		
		Publics cibles	Politiques catégorielles	département	commune	région
Assurances sociales	• 126 040 enfants bénéficiaires de l'AES (120 779 familles) • 2892 établissements et services d'éducation spécialisée, 131 070 places • services de soins de suite et de rééducation fonctionnelle (SSR-RF) (ND) • 567 581 pensions d'invalidité • 46 673 rentes nouvelles d'AT[10] • 3015 EMS pour adultes, 99 080 places • 88 CRP (frais de fonctionnement) • 200 CAMSP et 12 000 places					
Action sociale	CNAM, CRAM et CPAM : réinsertion professionnelle (ND) CAF : accompagnement des familles ayant des enfants handicapés (ND)	• 768 414 bénéficiaires AAH • 418 110 pensions de mutilés de guerre, veuves et orphelins	Emploi • 283 598 DETH (ttes cat. sf. 4 et 5), 76% des DE (cat. 1 à 3) suivis ANPE, 26% Cap emploi • obligation d'emploi : 99000 établissements • 234300 RQTH • 133 338 bénéficiaires GRTH • 16605 CIE, 33492 CES, 15619 CEC conclus formation • 12 636 PH en SIFE • 13 822 PH en CRP • 10 300 stagiaires AFPA[11] Education 102 000 enfants scolarisés[12]	Adaptation de l'habitat, aides au transport et aux déplacements… PMI actions de prévention pour les enfants	Très peu (aide au transport des grandes communes)	Formation professionnelle 6943 stagiaires Santé ?

[10] stock non disponible
[11] au titre du programme d'action conventionné et de la convention AFPA/Agefiph
[12] intégration scolaire dans des établissements non dédiés (classes ordinaires, classes d'adaptation, intégration scolaire collective (CLIS, UPI)) et adaptation scolaire « handicapés » (80 EREA).

Aide sociale		• allocation différentielle aux adultes handicapés (ND) • 88 CRP, 10 044 places (hébergement et entretien) • 107811 places CAT • 16 651 salariés de 68 ateliers protégés • 19100 postes financés en EA en 2005	235 004 adultes bénéficiaires: • 104 406 à domicile • 124 934 en établissement (108 822 *ACTP moins de 60 ans)*		

Sources du tableau 6 :
Handicap en chiffres 2005, CTNERHI, pour les données « enfants » et pensions et rentes – données au 31/12/01 sauf pensions et rentes (2003) et enfants scolarisés (1999)

Atlas national 2005 L'emploi et l'insertion professionnelle des personnes handicapées, AGEFIPH, pour l'emploi et la FP des adultes (données 31/12/01), **sauf**

- pour les données AAH (fin 2005), DETH (fév. 2006), entreprises accueillant des DETH, entreprises assujetties à l'obligation d'emploi (2002), RQTH (2004), suivi par ANPE et Cap emploi (2005), places en CAT et EA (2005)*: Rapport portant sur le dispositif d'accompagnement vers l'emploi des personnes handicapées*, Michel Bernard avec la collaboration de Cédric Puydebois, 2006.
- Pour le nombre de stagiaires de la formation professionnelle : jaune 2006 (données 2004).

DREES pour aide et action sociales des collectivités (31/12/2004)

1.2 Fiche n°2: les notions d'aide et d'action sociales

Trois techniques d'interventions spécifiques peuvent être distinguées dans le droit de la protection sociale :

- les assurances sociales
- l'aide sociale
- l'action sociale

Cette catégorisation est utilisée aussi bien dans la législation, dans la doctrine, en comptabilité nationale que dans l'action publique.

Toutefois, ces notions ne sont pas totalement opératoires pour rendre compte de la réalité de la protection sociale.

- Le critère distinctif traditionnel que constitue le caractère obligatoire de l'aide sociale, par opposition à l'action sociale facultative, se voit remis en cause par la notion d'« action sociale obligatoire ».

- Une certaine incertitude pèse sur la notion d'action sociale, qui certes en toute rigueur juridique se distingue des techniques d'assurance sociale et d'aide sociale, mais englobe souvent l'aide sociale dans le propos politique quand ce n'est pas dans les travaux d'experts.

- Une part croissante des prestations emprunte à plusieurs catégories de techniques de protection sociale (assurances sociales, aide sociale, action sociale). Ces prestations « hybrides » ne trouvent pas leur place dans la catégorisation classique.

Afin de clarifier les enjeux relatifs à l'utilisation de ces concepts, la mission commence par décrire les distinctions théoriques établies par les juristes et les universitaires[13]. Elle montre ensuite comment ce modèle stabilisé dans la littérature universitaire a été soumis à des évolutions conduisant à l'interpénétration des logiques de protection. Elle souligne que les pouvoirs publics n'ont pas contribué à lever les doutes et confusions. Enfin, elle présente ses observations et suggestions à l'issue de ces différents constats.

1.2.1 Les distinctions originelles

1.2.1.1 Les distinctions entre les trois techniques de protection

- aide sociale et action sociale versus assurances sociales

Aide et action sociales ont des caractères communs qui les distinguent des systèmes de prévoyance et d'assurance sociales : ce sont des prestations sans contrepartie requise du

---

[13] Cf. notamment Michel Borgetto, Robert Lafore, *Droit de l'aide et de l'action sociale*, Montchrestien, 5ème édition, 2004.

bénéficiaire. Elles sont les héritières du système assistanciel mis en place dans ses principes à la Révolution, et mis en pratique au XIXème siècle.

Parallèlement se sont développés d'autres dispositifs de solidarité collective : la prévoyance sociale puis la sécurité sociale.

Nous regrouperons pour simplifier les deux mécanismes de prévoyance et de sécurité sociales sous le vocable d'assurances sociales au sens large.

Par rapport à la nomenclature utilisée dans les comptes de la protection sociale, nous incluons de ce fait dans la technique d'intervention des assurances sociales les régimes de sécurité sociale (salariés et autres régimes) de base et complémentaires - qui correspondent dans les comptes de la protection sociale aux « assurances sociales » *stricto sensu*, qui comprennent les régimes d'indemnisation du chômage- mais aussi les régimes d'employeurs et les régimes de la mutualité, de la retraite supplémentaire et de la prévoyance. Tous ces régimes ont en effet en commun de reposer sur une logique de solidarité socio-professionnelle[14] et un principe contributif.

Aide et action sociales	**Assurances sociales**
Non contributif	Contributif
Solidarité d'appartenance (au genre humain ou à la collectivité nationale)	Solidarité de participation socio-professionnelle
tradition assistancielle	traditions de la prévoyance et de sécurité sociale

- aide sociale versus action sociale

Aide et action sociales se distinguent à l'origine entre elles par un critère décisif : le caractère obligatoire -pour celui qui est chargé de la mettre en œuvre - de l'aide sociale (qui la rapproche des assurances) alors que l'action sociale est, sauf exceptions, facultative pour ses promoteurs.

L'aide sociale est un ensemble de prestations en nature ou en espèces constituant une <u>obligation</u> mise à la charge des collectivités publiques (Etat ou collectivités) par la loi, et qui sont destinées à faire face à un état de besoin pour des bénéficiaires dans l'impossibilité d'y pourvoir. L'aide sociale repose toujours sur les collectivités publiques même si d'autres partenaires privés peuvent être associés à la mise en œuvre. Ainsi, il ne peut exister, au sens des distinctions visées ici, d'aide sociale facultative.

L'action sociale quant à elle se caractérise par la <u>libre initiative</u> de ses promoteurs, publics, semi-publics ou privés. C'est un ensemble d'actions conçues pour remédier aux carences des autres formes de protection, assurances sociales ou aide sociale, soit parce qu'elles les améliorent ou les élargissent.

- aide sociale légale et extralégale, et action sociale obligatoire

A partir des distinctions de base, d'autres précisions peuvent être apportées aux notions d'aide et d'action sociales.
Ainsi, certains juristes distinguent l'action sociale facultative de l'action sociale obligatoire.

---

[14] Avec une nuances, toutefois, pour la mutualité, qui peut être organisée sur une solidarité autre que socio-professionnelle.

L'action sociale dite facultative est en principe totalement libre dans la définition des objectifs, des moyens consacrés aux prestations et de leur mise en œuvre. Cette action sociale est toutefois encadrée, qu'il s'agisse des principes généraux du droit (contrôle de légalité) pour les actions des collectivités, du taux et du programme d'action sociale définis par arrêté ministériel pour les caisses de sécurité sociale, ou des réglementations qui régissent les conditions de création, de fonctionnement des institutions privées et des réglementations propres à certains domaines d'action (accueil d'enfants, insertion, etc.).

L'action sociale dite obligatoire consiste en différentes interventions mises à la charge des collectivités publiques par les lois et règlements nationaux[15] : obligation de créer des services (service social départemental, service de PMI) qui participent certes à l'aide sociale mais également à l'action sociale, participation obligatoire à des actions de prévention, d'insertion, de développement social, ou participations financières imposées (financement de l'insertion au moment de la mise en place du RMI, abondement obligatoire de fonds (Fonds d'aide aux jeunes, Fonds de solidarité logement).

Action sociale facultative	**Action sociale obligatoire**
Discrétionnaire	Différents degrés de contrainte : services obligatoires participation obligatoire financement contraint
Acteurs publics et/ou privés	Collectivité publique

Au sein de l'aide sociale, il convient également de distinguer, comme le fait la DREES dans ses enquêtes[16], l'aide sociale légale et l'aide sociale extralégale ou non obligatoire. Le principe en est posé par l'article L 121.4 du CASF qui dispose que « les conseils généraux peuvent décider de conditions et de montants plus favorables que ceux prévus par les lois et règlements aux prestations mentionnées à l'article L.121.1[17] » et assurent dans ce cas la charge financière de ces prestations.

A côté de l'aide sociale légale obligatoire, une aide sociale non obligatoire mais prévue par le code peut donc être identifiée.

Aide sociale légale	**Aide sociale extralégale**
obligation légale pour les collectivités locales	Faculté ouverte par la loi aux collectivités locales

A l'examen, il apparaît que si l'aide sociale extralégale et l'action sociale sous contrainte légale sont juridiquement différentes, elles sont proches dans leur contenu. Ce sont deux formes d'intervention à la frontière entre aide sociale et action sociale, l'ensemble des actions formant un continuum où il est parfois malaisé de distinguer les concepts.

Le tableau 22, présentant les prestations d'aide et d'action sociales servies par les départements et figurant dans la fiche thématique n°4, illustre la proximité opérationnelle de ces notions.

Le schéma n°1 présenté ci dessous résume l'ensemble de ces distinctions

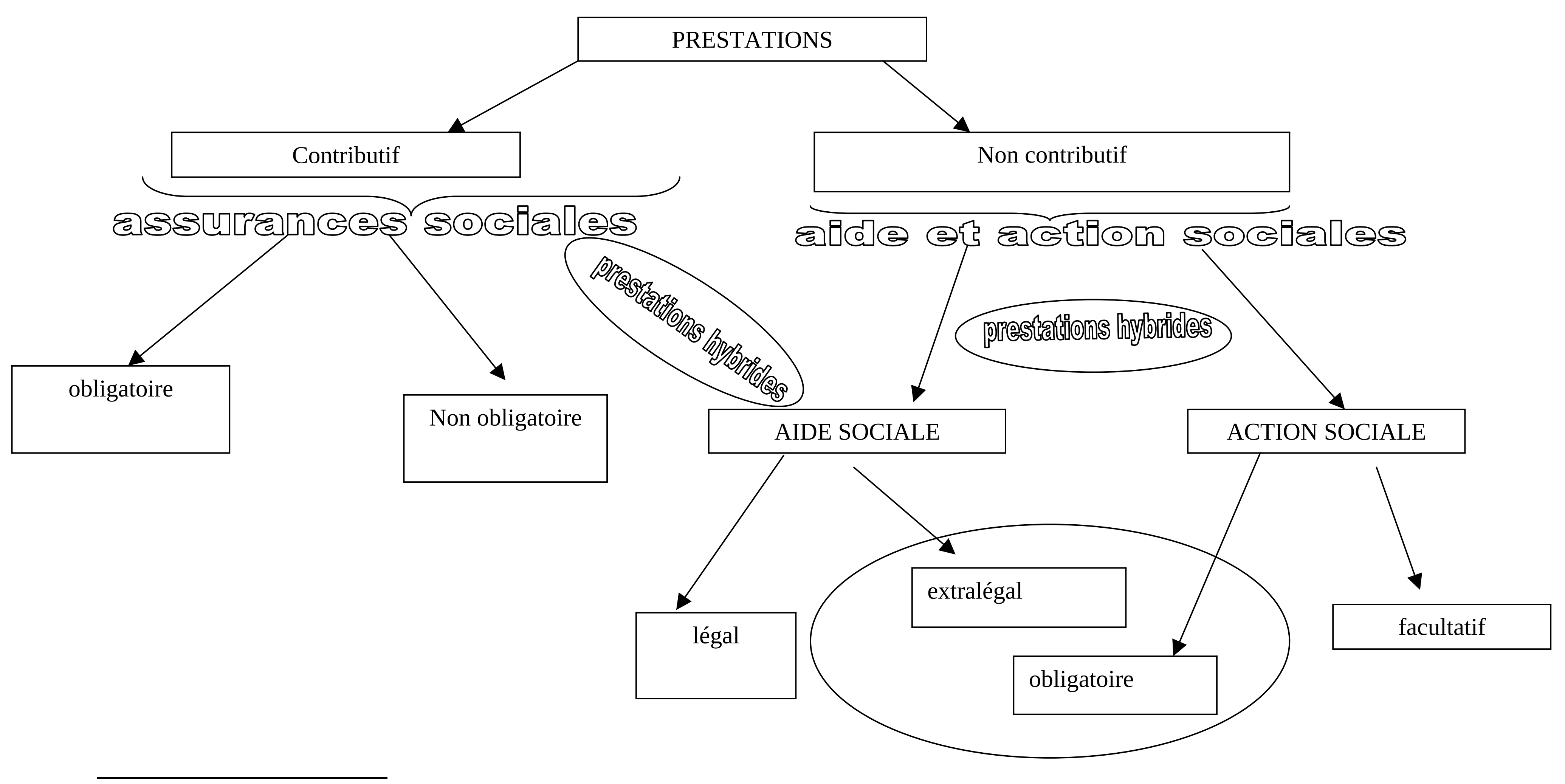
.

[15] Ce qui n'épuise pas la question des obligations auxquelles peuvent être soumises les collectivités de leur propre fait, par le biais notamment de l'élaboration de leurs règlements.

[16] Cf. L'aide sociale extralégale ou facultative des départements, *Etudes et résultats*, n°317 , juin 2004.

[17] Qui fixe les prestations d'aide sociale légale.

schéma 1: les distinctions entre les notions[18]



[18] Ce schéma mêle deux logiques de catégorisation qui auraient en réalité dû être distinguées en toute rigueur : une logique de financement (caractère contributif ou non) et juridique (légal, extralégal…)

1.2.1.2 Les caractéristiques propres de l'aide et de l'action sociales

L'aide sociale présente un certain nombre de traits qui permettent de la définir de façon précise ; en revanche les contours de l'action sociale sont beaucoup moins précisément définis.

➢ L'aide sociale

L'aide sociale est enserrée dans un cadre juridique étroit : il s'agit d'un droit alimentaire spécifique, subjectif et subsidiaire :

- un droit alimentaire : l'aide sociale se rattache à la notion de besoin, elle est notamment un prolongement des formes de solidarité familiale. En tant que droit alimentaire elle ne constitue donc ni une indemnité (réparation d'un préjudice préalable) ni une libéralité (don à titre gratuit).

- un droit alimentaire *spécifique* : l'aide sociale ne correspond pas à la prise en charge d'une insuffisance globale de ressources, mais prend en compte un ensemble de besoins spécifiques et y répond par des prestations spécialisées. Et ce pour des raisons théoriques (l'aide sociale est conçue comme un palliatif), historiques (elle se construit à l'origine au sein des établissements hospitaliers qui délivrent des prestations spécialisées) et pratiques (la mise en œuvre en est facilitée).

- Un droit subjectif[19], selon trois aspects :

• c'est une prérogative individuelle reconnue par le droit objectif (à savoir l'ensemble des lois et règlements) ;
• c'est un droit que les personnes peuvent faire valoir aux tiers ;
• c'est un droit attaché aux caractéristiques de l'individu, qui s'apprécie *in concreto*, l'individu devant faire la preuve de son état de besoin (même si l'appréciation du besoin ne prend en compte que des éléments factuels, et non par exemple des conditions morales) – cette caractéristique distingue l'aide sociale des prestations de sécurité sociale qui ne sont conditionnées que par la réunion de critères réglementaires.

- Un droit subsidiaire : l'aide sociale n'intervient que si le demandeur ne peut satisfaire le besoin au titre duquel il la sollicite par ses propres moyens ou par la mise en jeu de droits sociaux (sécurité sociale notamment) ou de créances d'aliments (solidarité familiale).

Ces caractéristiques ont plusieurs conséquences pratiques :
- les prestations sont soumises à condition de ressources[20],
- elles ne sont perçues qu'à défaut de créances alimentaires[21] : en dehors des cas où les textes ont expressément prévu qu'elle ne joue pas[22], l'obligation alimentaire du code civil doit s'appliquer,

---

[19] La notion de droit subjectif est controversée ; nous reprenons ici les analyses de M. Borgetto et R. Lafore, *Droit de l'aide et de l'action sociale*, Montchrestien, 5ème édition, 2004. M. Laroque qualifie quant à lui l'aide sociale de droit à appréciation subjective ; cf. M. Laroque, *Guide de la protection sociale*, Dunod, Paris, 2001.
[20] Article L. 132-1 du CASF : sont exclues la retraite du combattant et les pensions attachées aux distinctions honorifiques (article L. 132-2)

- elles peuvent faire l'objet d'un recours en récupération, contre le bénéficiaire revenu à une meilleure fortune, ou lorsque ce dernier possède un patrimoine qu'il transmet (recours contre la succession, le donataire ou le légataire)[23] – les textes ayant toutefois limité le recouvrement sur succession en fixant des seuils et adopté des dispositions protectrices pour les personnes handicapées[24] ;
- elles s'apprécient subjectivement, pouvant donner lieu à une enquête avant attribution.

➢ L'action sociale

L'action sociale ne fait l'objet d'aucune définition légale, même si l'expression est employée dans plusieurs textes ; elle recouvre un ensemble de prestations hétérogènes, chaque initiative en matière d'action sociale relevant de dispositions réglementaires spécifiques. Peuvent ainsi relever de l'action sociale :

- des actions individuelles dont le prototype est l'action caritative
- des initiatives catégorielles qui complètent ou coordonnent les dispositifs d'aide sociale ou de sécurité sociale
- des actions sociales globales se proposant d'agir sur l'ensemble de la vie sociale d'une population, par exemple à l'échelle d'un quartier.

Elle peut être mise en place par tout acteur, public ou privé, Etat, collectivité locale, organisme de sécurité sociale, association… ou par un ensemble composé de ces acteurs. A la différence de l'aide sociale elle n'est pas nécessairement décidée ou mise en œuvre par une collectivité publique.

1.2.2 L'imbrication progressive des logiques et ses incidences

A la fin du XIXème siècle assistance et assurances sociales apparaissent comme les deux termes d'une alternative. Le développement des assurances sociales conduit alors à considérer l'aide et l'action sociale comme des dispositifs subsidiaires et complémentaires appelés à disparaître au fur et à mesure de la généralisation de la sécurité sociale. Mais l'aide et l'action sociale, loin de disparaître, ont en réalité acquis une place renouvelée au sein de la protection sociale.

Ainsi, assurances, aide et action sociales ont continué de coexister au sein du système français de protection sociale : la solidarité de participation propre à la sécurité sociale ne s'étant pas généralisée ou ayant montré ses insuffisances, l'aide et l'action sociales sont restées des compléments indispensables. En outre, de nombreuses évolutions contemporaines de la prise en charge de certaines populations (maintien à domicile des personnes âgées, insertion professionnelle des handicapés, accès aux soins pour tous) n'ont été possibles que par l'évolution et l'adaptation de l'aide sociale.

---

[21] A l'exception, depuis la loi n°2004-1 du 2 janvier 2004 relative à la protection de l'enfance, des enfants qui « ont fait l'objet d'un retrait judiciaire de leur milieu familial durant une période de 36 mois cumulés au cours des douze premières années de leur vie » (article L. 132-6).

[22] Ont ainsi été exclus les frais d'hébergement et d'entretien des personnes handicapées dans les établissements de rééducation et d'aide par le travail ainsi que les foyers et foyers logements, ACTP, aide ménagère à domicile des personnes âgées, PSD devenue APA.

[23] Article L. 132-8 du CASF.

[24] Lesquelles bénéficient d'une exonération de tout recours en succession lorsque les héritiers sont le conjoint, les enfants ou la tierce personne ayant assumé la charge effective et constante du handicapé : article L. 242-4 du CASF.

Enfin, les logiques qui régissent ces différents types d'intervention se sont peu à peu interpénétrées, brouillant les frontières établies. Trois mouvements distincts peuvent être distingués.

1.2.2.1 L'introduction de la logique de l'aide sociale au sein de la sécurité sociale

Très rapidement se développent au sein de la sécurité sociale des prestations dites non contributives.

Dès l'origine, des exceptions à la logique contributive sont instaurées comme l'allocation aux vieux travailleurs salariés (en 1941). Puis à partir des années 50 et 60 se développent des prestations non contributives généralement soumises à condition de ressources : allocation de mère au foyer, allocations de logement, etc… ainsi que des minima sociaux (allocation supplémentaire du Fonds national de solidarité (minimum vieillesse) en 1956, AAH en 1975, allocation parent isolé (API) en 1976). Au cours des années 1970, cette notion de prestations non contributives s'affine pour intégrer des prestations qui tout en étant non contributives ne sont pas soumises à condition de ressources (allocation d'éducation spéciale en faveur des enfants handicapés, devenue en 2005 allocation d'éducation des enfants handicapés).

Ainsi, à la fin des années 1970, le modèle initial théorique distinguant sécurité sociale d'une part, aide sociale et action sociale d'autre part, était remis en cause, les deux critères matériel (caractère contributif ou non) et organique (gestion par les organismes de sécurité sociale ou non) étant largement dissociés. Des prestations versées par des institutions de sécurité sociales pouvaient obéir à une logique d'assurance, mais aussi à une logique d'assistance (prestations non contributives, ciblées, sous condition de ressources) ou à une logique mixte (prestations universelles, c'est à dire non soumises à condition de ressources, mais également non contributives).

La mise en place de la couverture maladie universelle (CMU) en 1999 constitue également un exemple d'imbrication entre assurances sociales et aide sociale. La CMU s'inscrit dans le système de sécurité sociale du point de vue institutionnel (prestations gérées par les caisses) et fonctionnel (droit ouvert sur simple justification de l'identité et de la résidence stable). Mais elle renvoie aussi à des mécanismes d'aide sociale (subsidiarité du critère de résidence par rapport au critère socio-professionnel, absence de contribution pour les personnes disposant d'un revenu inférieur à un plafond, possibilité d'action en récupération dans certains cas, compétence des juridictions d'aide sociale). En outre, on peut noter que si le régime de la protection complémentaire dans le cadre de la CMU figure dans le code de la sécurité sociale (CSS) et non dans le code de l'action sociale et des familles (CASF), en revanche son contentieux relève de la compétence des juridictions de l'aide sociale.

Au-delà de ces exemples, de nombreuses autres prestations de sécurité sociale pourraient être examinées à l'aune de ces critères : le caractère contributif des prestations familiales, et même de l'assurance maladie au-delà de la CMU, peut être interrogé. A l'inverse l'allocation de solidarité spécifique (ASS) a un caractère fortement contributif. Enfin on peut souligner que la branche AT/MP, du fait de ses évolutions jurisprudentielles et de la création de fonds spécifiques, relève autant aujourd'hui de l'indemnisation des préjudices par la mise en cause de responsabilités que de l'assurance sociale au sens d'une stricte contrepartie des contributions.

1.2.2.2 L'introduction de la logique d'assurance dans certains dispositifs d'aide sociale

Récemment sont apparues des prestations non contributives de solidarité nationale, qu'il est difficile, sur un plan théorique[25], de rattacher à l'aide sociale ou à la sécurité sociale : l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et la prestation de compensation du handicap (PCH). Certaines caractéristiques de ces prestations renvoient à l'aide sociale :

- caractère non contributif,
- financement en partie par les départements,
- décision prise par le président du conseil général
- inscription dans le CASF

D'autres en revanche les rapprochent des prestations de sécurité sociale :

- absence de subsidiarité
- absence de recours en récupération
- absence de conditions de ressources (même si le montant perçu peut varier en fonction du revenu),
- financement en partie par la CSG (ce qui implique notamment que ces ressources doivent être autorisées chaque année par le Parlement dans le cadre du vote de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS)).

Certains auteurs estiment que le débat sur la création d'un « cinquième risque » de la sécurité sociale transparaît aujourd'hui dans le caractère hybride de ces prestations.

1.2.2.3 L'imbrication des trois logiques d'aide sociale, d'action sociale et d'assurances sociales: le cas du RMI

Le revenu minimum d'insertion (RMI), tout en pouvant être rattaché sans ambiguïté au régime juridique de l'aide sociale (à la différence des prestations non contributives de solidarité nationale), emprunte aux deux autres techniques d'intervention :

- certains traits le rapprochent des prestations de sécurité sociale : la prestation est versée par les institutions de sécurité sociale, elle est universelle (avec trois exceptions, les jeunes de moins de 25 ans sans charge de famille, les étrangers irréguliers, les élèves ou stagiaires) ;
- il emprunte au caractère global de l'action sociale via la conclusion d'un « contrat » d'insertion.

En outre, d'autres caractéristiques spécifiques en font une prestation inédite :

- ➢ il s'agit d'une prestation de solvabilisation *globale* non affectée à un besoin particulier, elle est donc liée à un niveau de ressources objectivement défini et non à un état de besoin à prouver ;
- ➢ une tension est organisée entre la proclamation d'un droit (celui à un minimum de moyens d'existence) et l'affirmation de la nécessité pour les personnes concernées et la collectivité de s'engager dans une dynamique de réintégration dans le droit commun (logique d'insertion).

[25] Cette difficulté théorique ne signifie pas absence de qualification par le juge : le conseil constitutionnel a ainsi qualifié l'APA de prestation d'aide sociale.

Le tableau récapitulatif (tableau 7) suivant présente les caractéristiques de quelques prestations, soulignant notamment les éléments « d'imbrication » repérés

Tableau 7 : caractéristiques de différentes prestations

	RMI	**ASS (et AI)**	**Minimum vieillesse**[26]	**assurance veuvage**[27]	**Assurance invalidité**	**CMU de base**	**API**	**AAH**	**APA**	**PCH**	**AEEH**
Qui finance	Département	Etat	Etat (FSV)	Sécurité sociale	Sécurité sociale	Sécurité sociale[28]	Etat	Etat[29]	département, + 20 % de la CSA[30] + CSG et caisses de retraite[31]	département, + CSA[32]	Sécurité sociale[33]
Qui décide de l'attribution	PCG, CAF et MSA par délégation[34]	DDTEFP (instruction par Assédic)	Caisses de retraite		CPAM[35]	CPAM	CAF	CDAPH	PCG	PCG/ CDAPH	CDAPH
Qui verse	CAF, MSA	Assedic	Caisses de retraite	Caisses de retraite[36]	CPAM[37]	CPAM	CAF	CAF, MSA	Département	Département	CAF, MSA

[26] L'ordonnance n°2004-604 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse substitue au 1er janvier 2006 aux différentes prestations constitutives du minimum vieillesse l'allocation unique de solidarité aux personnes âgées (ASPA) ; l'allocation supplémentaire d'invalidité est également désormais distincte du minimum vieillesse – dans l'attente des décrets d'application les anciens dispositifs continuaient toutefois d'être appliqués (cf. lettre ministérielle du 20 décembre 2005) ; en outre les titulaires au 31/12/2005 des prestations antérieures à l'ordonnance continuent de les percevoir selon les règles applicables antérieurement (article 2 de l'ordonnance).

[27] pour mémoire, supprimée par loi 21.08.2003

[28] A l'origine ont été opérés divers transferts financiers au profit de la CNAMTS pour financer la CMU de base ; ces financements ne sont plus identifiés en tant que tels.

[29] L'Etat verse une dotation au fonds national des prestations familiales de la CNAF

[30] contribution de solidarité autonomie, entendue comme l'ensemble des trois nouvelles contributions créées en 2004 : contribution de solidarité autonomie *au sens strict* (0,3% de cotisations sur la même assiette que les cotisations patronales d'assurance maladie), contribution additionnelle au prélèvement social sur les revenus du patrimoine, contribution additionnelle au prélèvement sur les revenus de placement. Les éléments indiqués correspondent à l'affectation des ressources pour le budget 2006.

[31] recettes traditionnelles du FFAPA : 0,1 % de CSG et contributions des caisses de retraite

[32] contribution de solidarité autonomie, entendue comme l'ensemble des trois nouvelles contributions créées en 2004. L'affectation des ressources pour le budget 2006 prévoit entre 26% et 30% de la CSA pour le financement de la PCH (502 M€), des MDPH (20 M€) et de la majoration spécifique de l'AEEH (15 M€).

[33] et CSA pour la majoration spécifique de l'AEEH, cf. note ci-dessus.

[34] A l'exception des décisions de suspension du versement à raison de la non signature, du non renouvellement ou du non respect du contrat d'insertion (article L. 262-32 du CASF). La liste des compétences déléguées aux CAF et MSA par les conseils généraux est variable : sur ce point voir *Les modes d'organisation adoptés par les conseils généraux pour la gestion du RMI suite à la décentralisation*, Etudes et résultats n° 432, DREES, octobre 2005.

[35] CRAMIF à Paris

[36] CNAV à Paris, CRAV à Strasbourg.

[37] CRAMIF à Paris

Appréciation de la situation/ enquête ?	Non**[38]**	non	non	non	Oui	immédiateté de l'affiliation, vérification postérieure	Oui dans certains cas (isolement)	oui	Oui	oui	Oui
Conditions de ressources	oui	Oui	oui	Oui	non	Oui	oui	oui	Non	non	non
Récupération	Limitée**[39]**	Non	***Oui [40]***	non	Oui pour le minimum invalidité (FSI)	non	non	Non	Non	non	non
Contributif	Non	Oui (non pour l'AI)	Non	Oui (conjoint)	oui	Au dessus d'un plafond de revenus	Non	Non	Non	non	Non
Tribunal en cas de contentieux	CDAS	***TA et TJ[41]***	TASS	TASS	TASS et TCI	**CDAS**	TASS	TASS et TCI	CDAS	TASS et TCI[42] pour l'attribution ; CDAS pour le versement	TASS[43] et TCI
code	CASF	Code du travail	CSS	CSS	CSS	CSS**[44]**	CSS et CASF (mention)[45]	CSS et CASF[46]	CASF**[47]**	CASF	CSS et CASF[48]

[38] Au cas par cas pour la réinsertion.
[39] article L. 262-43 du CASF
[40] pour l'allocation supplémentaire : il s'agit de la seule exception à l'absence de récupération pour les prestations de sécurité sociale.
[41] Les tribunaux administratifs sont compétents pour les décisions du DDTEFP, les tribunaux judiciaires pour les agissements des Assedic. Une commission de recours composée du DDTEFP, d'un représentant de l'ANPE et d'un représentant de l'Assedic statue sur les recours relatifs aux prolongations ; en appel, le tribunal administratif est compétent.
[42] article L. 241-9 du CASF : le contentieux des décisions des CDAPH relatives à l'orientation en établissement, à la fixation du taux de l'incapacité, à l'attribution des cartes d'invalidité et des prestations monétaires relève du contentieux technique de la sécurité sociale. En revanche, les décisions d'orientation professionnelle des adultes handicapées et de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé relèvent des juridictions administratives de droit commun
[43] article L. 241-9 du CASF.
[44] Comme le remarque Michel Borgetto, les *cahiers de jurisprudence de l'aide sociale*, publication officielle du ministère des affaires sociales, consacrent des développements réguliers à la CMU…cf. « Le droit de la protection sociale dans tous ses états : une clarification nécessaire », *Droit social*, 2003, p. 636 et suiv.
[45] mentionnée dans le CASF à l'article L. 263-18 : possibilité pour les titulaires de bénéficier des actions d'insertion du RMI.
[46] Intégration des dispositions dans le CASF article L. 244-1.
[47] Conseil constitutionnel, décision DC n°2001-447, 18 juillet 2001 : l'APA doit s'analyser comme une « allocation d'aide sociale qui répond à une exigence de solidarité nationale ».
[48] Intégration des dispositions dans le CASF article L. 242-14.

1.2.3 Les tentatives de clarification des notions par les acteurs publics

1.2.3.1 La jurisprudence communautaire[49]

La jurisprudence communautaire définit les notions d'aide et d'action sociales[50] selon une logique propre qui ne coïncide pas nécessairement avec l'acception en usage en France.
.
Afin d'assurer la libre circulation des travailleurs au sein de l'Union européenne, des dispositions visant à assurer la coordination des systèmes de sécurité sociale ont été introduites dans le traité, complétés par les règlements n°1408/71 du 14 juin 1971 et n° 574/72 du 21 mars 1972[51].

Or, la Cour de justice des communautés européennes (CJCE), amenée à définir ce qui relevait de la sécurité sociale et ce qui relevait de l'aide et de l'action sociales (ne relevant pas des règlements précités) a adopté une conception très large de la notion de sécurité sociale. En effet, selon la jurisprudence de la CJCE, relève du régime de la sécurité sociale au sens des règlements communautaires toute prestation qui confère à ses bénéficiaires une position légalement définie, qui se rapporte à l'un des risques énumérés à l'article 4 du règlement 1408/71 (qui énumère les différentes branches de la sécurité sociale) et qui complète des prestations de sécurité sociale.

En conséquence, la CJCE a jugé que certaines prestations non contributives versées par la sécurité sociale relevait de cette dernière. Ainsi, à la suite de l'arrêt *Biason*, (C-24/74, arrêt du 9 octobre 1974), l'allocation supplémentaire du Fonds national de solidarité, aujourd'hui financée par le Fonds de solidarité vieillesse (FSV), et l'allocation pour adultes handicapés (AAH) ont été intégrées dans le champ d'application du règlement de coordination.

Le règlement de 1971 a depuis été modifié par les règlements n°1247, 1248, 1249/92 du 30 avril 1992 aux termes desquelles certaines prestations non contributives doivent désormais s'analyser comme des « prestations sociales à caractère non contributif ». Ces prestations énumérées en annexe du règlement[52] ne sont pas exportables.

---

[49] Les relations entre le droit européen et les politiques d'aide et d'action sociales ne se limitent pas à cet aspect (cf. notamment l'influence de la CEDH sur les procédures juridictionnelles en la matière, ou l'impact du droit de la concurrence sur les organismes de sécurité sociale, les mutuelles et institutions de prévoyance). Pour un panorama beaucoup plus complet des rapports entre droit communautaire et politiques sociales françaises, on se reportera au rapport annuel 2006 de l'IGAS, *L'Europe sociale.*

[50] Cf.M.Laroque, « L'impact du droit communautaire sur les concepts de protection sociale française », *Droit social,* n°11, novembre 1997.

[51] Initialement réservé aux travailleurs salariés le système a été étendu par la suite aux non salariés (règlements n° 1390/81 et n° 3795/81).

[52] Pour la France sont concernées l'allocation supplémentaire du FSV, l'AAH et l'allocation supplémentaire vieillesse.

Quant aux prestations telles que le revenu minimum d'insertion, elles ne sont pas concernées par les règles de coordination dans la mesure où elles ne peuvent pas être rattachées à une des branches de la sécurité sociale[53]. La CJCE examine toutefois le droit des ressortissants communautaires aux minima sociaux au regard du principe de non discrimination entre les citoyens.

Pour les ressortissants communautaires, le bénéfice d'un minimum social ne peut ainsi qu'être conditionné qu'à trois types de règles : des règles générales, également applicables aux nationaux (par exemple, la signature d'un contrat d'insertion) ; une condition de résidence en France (article L.262-1 du code de l'action sociale et des familles) ; la vérification de l'existence d'un droit au séjour (article L.262-9-1 du code de l'action sociale et des familles). Depuis la loi n°2006-339 du 23 mars 2006 relative au retour à l'emploi et sur les droits et les devoirs des bénéficiaires de minima sociaux, une condition supplémentaire de résidence de trois mois (sauf pour les personnes qui exercent une activité professionnelle, ou en ont exercé une, ainsi que pour leur famille) a été instaurée pour les ressortissants communautaires[54].

1.2.3.2 Les travaux de la commission générale de terminologie

Un effort de définition des notions a été initié par la commission générale de terminologie[55].

Selon cette source, l'*aide sociale* peut être définie comme « l'ensemble des prestations constituant une obligation mise à la charge des collectivités publiques par la loi et destinées à faire face à un état de besoin pour des bénéficiaires dans l'impossibilité d'y pourvoir. Les règles définissant les démarches et responsabilités pour l'admission à l'aide sociale, les règles de participation et de récupération, le contrôle et le contentieux contribuent à définir la spécificité de ce type d'aide ».

L'action sociale est définie comme « l'ensemble des moyens mis en œuvre par une collectivité pour préserver sa cohésion par, notamment, des dispositifs législatifs ou réglementaires et des actions visant à aider les personnes ou les groupes les plus fragiles à mieux vivre, à acquérir ou à préserver leur autonomie et à s'adapter au milieu social environnant ».

Ainsi, si la définition de l'aide sociale recouvre celle établie dans le modèle originel (et retenue par la mission), en revanche la définition de l'action sociale est très large, et ne répond pas du tout aux critères classiques des juristes et universitaires évoqués plus haut. Le code de l'action sociale et des familles s'inscrit en partie dans cette lignée.

1.2.3.3 Le code de l'action sociale et des familles

Le droit de l'aide et de l'action sociales constitue, du fait de ces imbrications et de la multiplicité des autorités compétentes, un ensemble complexe. Les autorités administratives prennent une part prépondérante dans son élaboration, sous forme de décrets, d'arrêtés, mais surtout de circulaires, qui ne donnent pas toutes lieu à publication. En outre l'éparpillement de dispositions dans des codes différents (code de la sécurité sociale, code du travail et code de la santé publique comprennent des dispositions relatives à des prestations d'aide et d'action

---

[53] Cf. CJCE, *Scrivner,* arrêt C-122/84 du 27 mars 1985 relatif au « minimex » belge.
[54] Nouvelle rédaction de l'article L.262-9-1 du CASF
[55] Cf. fascicule spécial du BO n°2002/1bis des ministères des affaires sociales, du travail et de la solidarité ainsi que de la santé, de la famille et des personnes handicapées intitulé :" Vocabulaire du domaine social ", dont un extrait relatif au vocabulaire de l'action sociale est disponible sur internet.

sociales), le brouillage des frontières évoqué plus haut, et la construction d'un droit par sédimentation contribuent à renforcer cette complexité.

La réforme de la codification intervenue en 2000[56] a entendu clarifier cette architecture, en élaguant des dispositions devenues obsolètes et en intégrant de nombreuses autres dispositions (lutte contre la pauvreté et l'exclusion, aide aux personnes âgées dépendantes, aux personnes handicapées, etc.), rendant ainsi le corpus plus accessible.

Toutefois le changement de dénomination du code obscurcit la distinction entre les notions acceptée par les commentateurs et les acteurs.

Ainsi, la notion d'action sociale apparaît désormais dans le titre du code, dénommé « code de l'action sociale et des familles » (CASF). Cette dénomination semble signifier que l'action sociale serait une appellation générique englobant diverses formes d'intervention, dont l'aide sociale.

Cette nouvelle définition de l'action sociale a été renforcée par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale qui a introduit dans le CASF un nouvel article L. 116-2 définissant l'action sociale et médico-sociale notamment par ses finalités, mais aussi des publics cibles et les acteurs la mettant en œuvre[57]. De même, le livre III du CASF, consacré essentiellement aux établissements et services s'intitule « action sociale et médico-sociale des établissements et des services» - et comporte une énumération des missions d'intérêt général et d'utilité sociale de l'action sociale et médico-sociale (article L.311-1) qui reprend les missions de l'aide et de l'action sociales, y compris les plus récentes comme la prise en charge de la dépendance ou l'insertion par l'activité économique, consacrant des méthodes d'action diversifiées.

Mais cette refonte terminologique peut être discutée[58]. Elle ne distingue pas suffisamment l'aide sociale et l'action sociale alors que les deux demeurent comme deux types d'intervention spécifiques au sein du nouveau code. Les titres mêmes en témoignent :

- chapitre I du livre I « droit à l'aide sociale »
- livre II : (« diverses formes d'aide et d'action sociales » - les actions visées étant simplement reprises des textes antérieurs : il s'agit le plus souvent des compléments aux aides sociales légales (soit de l'aide sociale extralégale au sens de la DREES soit de l'action sociale).

En conséquence, un même terme (action sociale) semble désigner à la fois un ensemble et un sous-ensemble de cet ensemble.

---

[56] Le nouveau CASF est entré en vigueur pour sa partie législative le 26 décembre 2000.

[57] « L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets. Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté, et sur la mise à leur disposition de prestations en espèces ou en nature. Elle est mise en œuvre par l'Etat, les collectivités territoriales et leurs établissements publics, les organismes de sécurité sociale, les associations ainsi que les institutions médico-sociales au sens de l'article L.311-1. »

[58] voir notamment M. Borgetto « Le droit de la protection sociale dans tous ses états : une clarification nécessaire », *Droit social*, 2003, p. 636 et suiv. Et E. Alfandari : « La loi du 2 janvier 2002 dite de rénovation de l'action sociale et médico-sociale : quelle « rénovation » pour quelle « action sociale » ? », *Revue de droit sanitaire et social*, 2004.

*

Il convient de souligner pour conclure qu'à cette imbrication des techniques s'ajoute le fait que les acteurs identifiés *a priori* comme intervenants au titre d'une technique (les organismes de sécurité sociale pour les assurances sociales, les collectivités publiques et au premier chef le département pour l'aide sociale…) utilisent en fait d'autres techniques d'intervention :

- comme maîtres d'ouvrage : les caisses de sécurité sociale organisent une politique d'action sociale ; le département conduit une politique d'action sociale ;
- comme maîtres d'œuvre: ainsi par exemple, les CAF versent une prestation d'aide sociale (le RMI)

Le critère organique est donc inopérant pour définir le rattachement d'une prestation à l'une des trois techniques de protection sociale. Il faut noter toutefois que ce critère continue de s'appliquer dans l'ensemble s'agissant du contentieux : les prestations d'aide sociale gérées par l'Etat et les départements relèvent de la compétence des tribunaux administratifs et les prestations (contributives ou non) gérées par les organismes de sécurité sociale relèvent des tribunaux judiciaires. Ce principe connaît toutefois trois exceptions, puisque relèvent des juridictions administratives :

- le contentieux du RMI, bien que l'allocation soit gérée par les CAF;
- le dispositif CMU, bien qu'il soit intégré au régime d'assurance maladie[59] ;
- le régime de solidarité de l'assurance chômage.

1.2.4 Observations de la mission sur les notions

Ce bref inventaire des notions relatives à la protection sociale révèle trois séries de difficultés qui peuvent affecter la lisibilité de l'aide et de l'action sociales.

Tout d'abord, la tendance est grande d'ignorer – au moins dans le langage- la spécificité des notions de protection sociale, d'assurance sociale, d'aide sociale, et d'action sociale.
Dans les passages qui précèdent, la mission a proposé de comprendre les assurances sociales, l'aide sociale, et l'action sociale comme des techniques concourrant à la protection sociale, chacune procédant d'une logique d'intervention propre.

Cette distinction ne saurait pour autant masquer les évolutions de ces grandes catégories de protection sociale.

Le critère de l'obligation ne semble ainsi pas réellement opérant pour distinguer l'aide et l'action sociales.

En outre, il ressort de cette analyse que la notion d'action sociale est utilisée aujourd'hui selon deux acceptions différentes :

- Elle désigne soit un sous ensemble formé par des actions qui ne peuvent se rattacher à l'aide sociale car elles n'en remplissent pas les critères propres ; il peut s'gir de formes d'interventions aussi différentes que :

[59] Ce qui n'est pas le cas de l'AAH, pourtant servie par les CAF, financée par l'Etat, et soumise à condition de ressources, comme la CMU.

- l'action sanitaire et sociale des organismes de sécurité sociale qui vient compléter ou prolonger leurs actions de droit commun au titre de la sécurité sociale ;
- l'action facultative des départements qui vient compléter ou prolonger leurs actions de droit commun au titre de l'aide sociale ;
- les interventions à visée sociale des départements et des communes hors l'aide sociale
- les politiques de doit commun de l'Etat ou des régions qui ont pour objet ou pour effet de servir une finalité d'«inclusion sociale» ou de «cohésion sociale», qu'elles s'adressent aux publics cibles de l'aide et de l'action sociales (enfance, famille, personnes handicapées, personnes âgées, personnes menacées d'exclusion) ou qu'elles y contribuent dans leur secteur ou leur domaine d'intervention (emploi, logement, santé, éducation …).

- soit l'ensemble plus large formé par l'aide sociale et les interventions désignées aux ci-dessus[60].

Enfin, comme on l'a vu, du fait de la loi, les logiques d'assurance et d'assistance s'interpénètrent au point que les minima sociaux, par exemple, empruntant leurs caractères à plusieurs techniques, deviennent quasiment une catégorie de la protection sociale.

Le constat de la complexité *théorique* entourant les notions dans le domaine de l'aide et de l'action sociales soulève des enjeux de clarification *pratique*.

Certes, d'un point de vue positif et non normatif, l'imbrication des différentes logiques soulignée plus haut ne pose pas de problème particulier : il est toujours possible au législateur de bâtir une prestation empruntant ses caractéristiques à plusieurs modèles théoriques d'assurances, d'aide ou d'action sociales.

Toutefois, la clarification des notions semble indispensable à plusieurs égards :

- pour le citoyen : une bonne lisibilité du système permettant de mieux appréhender la légitimité de l'action publique ;

- pour le bénéficiaire et/ou pour les opérateurs susceptibles de le renseigner : la clarification n'est pas tant nécessaire d'un point de vue théorique que dans ses conséquences pratiques sur les conditions d'accès et les recours contentieux[61] ;

- pour les décideurs : une bonne appréhension des caractéristiques des prestations mises en place d'une part, ne peut que contribuer à éclairer les choix; d'autre part, la coexistence de plusieurs décideurs dans l'aide et l'action sociales rend indispensable la construction d'une langage et d'un corps de références communs permettant à tous de s'entendre sur les concepts utilisés.

- Enfin, il faut noter qu'une clarification des notions peut constituer un point d'appui pour une réorganisation opérationnelle des services.

---

[60] La définition de la commission de terminologie correspond à cet ensemble.
[61] Sur ce point, cf. point 4.5.4 ainsi que : *Les institutions sociales face aux usagers*,IGAS rapport annuel 2001, et *L'avenir des juridictions spécialisées dans le domaine social*, Conseil d'Etat, décembre 2003.

Plusieurs options de clarification sont théoriquement possibles :

- revenir à la classification classique, en tentant de ranger chacune des prestations hybrides dans une seule de ces trois catégories – ce qui semble non seulement très difficile à opérer, mais sans intérêt pratique ;

- élargir la catégorie classique d'action sociale pour y ranger, outre les prestations d'action sociale traditionnelles, des prestations hybrides telles que l'APA ou la PCH. Le concept d'action sociale pourrait alors jouer un rôle de « sas » entre aide sociale et sécurité sociale pour certaines prestations (ce ne serait plus de l'aide sociale mais pas tout à fait (ou pas encore) de la sécurité sociale) ;

- remettre en cause la distinction entre aide et action sociales pour n'en faire que deux modalités d'une même technique;

- reconnaître une place aux prestations hors les trois techniques, à condition toutefois d'engager un effort systématique de cohérence et de rationalisation. Il est possible en effet de corriger certaines situations constitutives de confusion pour les acteurs et les bénéficiaires, et conserver ainsi un noyau dur de prestations d'aide sociale qui obéissent à un régime bien particulier et relativement bien établi (par exemple, suppression du recours en récupération pour l'allocation supplémentaire du FSV, ou transfert du contentieux de la CMU aux tribunaux judiciaires) ;

- envisager d'autres modes de classification fondés sur de nouvelles distinctions jugées plus pertinentes.

On pourrait par exemple classer les prestations en fonction de nouveaux critères tels que :

- l'opposition entre garantie de revenu et prestation sous conditions de ressources d'une part, et compensation de charges spécifiques d'autre part,
- la distinction entre versement « automatique » et prestation soumise à une évaluation individualisée.

1.3 Fiche n°3: Les dépenses d'aide et d'action sociales

La mission a exploité les comptes de la protection sociale afin d'y repérer :

- la part des dépenses relevant respectivement des trois grandes techniques de protection identifiées: assurances sociales, aide sociale et action sociale ; la mission y a ajouté les minima sociaux, pour des raisons pratiques de codage (cf. note méthodologique à la fin de cette partie)
- et la part de quatre grandes catégories de financeurs : outre l'Etat, les organismes de sécurité sociale, et les collectivités territoriales, ont été approchées les associations par le biais de la catégorie d'ISBLSM (institutions sans but lucratif au service des ménages).

Cette partie présentera successivement :

- les résultats de l'exploitation des comptes de la protection sociale[62] ;

- les limites de ces résultats, à la lumière notamment des comparaisons effectuées par la mission avec les données disponibles concernant les crédits que l'Etat consacre à l'« inclusion sociale »[63], celles relatives aux dépenses des départements en matière d'aide sociale[64] et celles relatives aux associations[65] ;

- quelques observations et suggestions pour améliorer ce premier repérage.

1.3.1 Les données issues des comptes de la protection sociale

encadré 1 : Présentation des comptes de la protection sociale[66]

Les Comptes de la protection sociales sont élaborés dans le cadre des comptes nationaux de l'Insee dont ils sont un compte satellite. Ils ont pour vocation de décrire l'ensemble du système de protection sociale ainsi que son insertion dans l'équilibre macro-économique général. Ils présentent la contribution de l'ensemble des agents économiques à la protection sociale. Le champ de ces comptes comprend, à côté des organismes de sécurité sociale, les régimes d'indemnisation du chômage, l'État, les collectivités locales, divers fonds publics, les mutuelles, les entreprises et diverses associations oeuvrant dans le domaine social.

---

[62] Le détail du travail de retraitement des comptes de la protection sociale figure dans la note méthodologique présentée au paragraphe 1.3.4.

[63] A partir notamment du document de politique transversale « inclusion sociale » élaboré pour le projet de loi de finances pour 2006.

[64] en utilisant les études de la DREES sur ce sujet, retracées en particulier dans le document de travail n°93, série statistiques, *Dépenses d'aide sociale des départements en 2004*, J. Mauguin, mars 2006 et de façon plus synthétique dans Etudes et résultats n° 453, décembre 2005. Le détail de l'exploitation des études relatives au département en matière d'aide et d'action sociale est présenté en partie 4.1.

[65] à partir des travaux menées dans le cadre de l'ADDES, cf. *Les associations en France et leur contribution au PIB : le compte satellite des institutions sans but lucratif en France,* P.Kaminski, février 2006

[66] Pour une présentation détaillée, cf. *Les comptes de la protection sociale 2004*, document de travail n°90, J.Bechtel, L.Caussat, M. Duée, N. Lebourg, novembre 2005

Ainsi, sont identifiés dans les comptes les régimes de protection sociale suivant :
- les régimes d'assurances sociales : ce sont des régimes pour lesquels l'affiliation a été rendue obligatoire par les pouvoirs publics. : le régime général, les régimes agricoles, les régimes des non-salariés – non agricoles, les régimes dits « spéciaux » (pour les fonctionnaires, la Poste, EDF-GDF, etc)
- les régimes d'employeurs : ils sont issus de conventions collectives ou d'accords d'entreprises ; ils versent des prestations « extralégales ».
- les régimes de la mutualité, de la retraite supplémentaire et de la prévoyance : leur affiliation est soit entièrement facultative et liée au choix individuel des personnes (notamment à l'égard des mutuelles dite du « code de la mutualité »), soit prévue dans le cadre d'accords d'entreprises ou de contrats de travail
- Les régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics, financés principalement par l'impôt, qui développent des actions de solidarité nationale en faveur de populations ciblées (familles, personnes âgées, handicapés, victimes de guerre...) et aussi sur certains domaines, comme le logement ou la formation
- Les régimes des institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM) financés de façon prépondérante par des « fonds publics » (de l'Etat, des collectivités territoriales et/ou des caisses de sécurité sociale).

D'autre part, les prestations de protection sociale (en espèce et en nature) sont classées en six risques :
- le risque « *santé* », comprenant la maladie, l'invalidité et les accidents du travail,
- le risque « *vieillesse-survie* », comprenant la vieillesse et la survie,
- le risque « *famille* », comprenant la maternité et la famille,
- le risque « *emploi* », comprenant le chômage et l'insertion et la réinsertion professionnelle,
- le risque « *logement* »,
- le risque « *pauvreté et exclusion sociale* ».

1.3.1.1 Les résultats globaux obtenus par la mission

Au sein de l'ensemble de la protection sociale, soit 483 Mrds €, l'assurance sociale représente 87,3% des dépenses, l'aide sociale et l'action sociale environ 4,6%, les minima 3,4%.

Si les dépenses d'aide sociale, d'action sociale et les minima représentent un faible pourcentage de l'ensemble les montants concernés sont importants en valeur absolue : 61,35 Mrds€.

Le tableau suivant récapitule ces informations :

Tableau 8 : montant et répartition des dépenses des acteurs, par technique (2004)

En M€	**Assurances sociales**	**aide sociale**	**Action sociale**	**Minima sociaux**	**Ensemble**
OSS	417 797	60	4 105	2 662	424 624
Etat	3 925	1 318	15 905	8 494	29 641
Collectivités locales	2	12 537	1 712	5 494	19 745
Associations	0	8 583	487		9 070
Ensemble	**421 724**	**22 498**	**22 209**	**16 650**	**483 080**
dont minimum vieillesse				2 385	
dont Etat + minimum vieillesse				10 879	
En %	**Assurances sociales**	**aide sociale**	**Action sociale**	**Minima sociaux**	**Ensemble**
OSS	86,5%	0,0%	0,8%	0,6%	87,9%
Etat	0,8%	0,3%	3,3%	1,8%	6,1%
Collectivités locales	0,0%	2,6%	0,4%	1,1%	4,1%
Associations	0,0%	1,8%	0,1%	0,0%	1,9%
Ensemble	**87,3%**	**4,7%**	**4,6%**	**3,4%**	**100,0%**
dont minimum vieillesse				0,5%	

Sans surprise, les acteurs utilisent majoritairement une technique d'intervention : ainsi les organismes de sécurité sociale utilisent à 98,4% la technique des assurances, et leurs dépenses représentent 99,1% des dépenses totales d'assurances sociales. Les collectivités locales utilisent quant à elles massivement la technique de l'aide sociale (à 63,5%, soit 55,7% de l'ensemble des dépenses d'aide sociale tous acteurs confondus). Le tableau suivant rassemble l'ensemble de ces informations.

Tableau 9 : poids des acteurs, par technique (2004)

En %	**Assurances sociales**	**aide sociale**	**Action sociale**	**Minima sociaux**	**Ensemble**
OSS	99,1%	0,3%	18,5%	16,0%	87,9%
Etat	0,9%	5,9%	71,6%	51,0%	6,1%
Collectivités locales	0,0%	55,7%	7,7%	33,0%	4,1%
Associations	0,0%	38,2%	2,2%	0,0%	1,9%
Ensemble	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
dont Etat + minimum vieillesse				65,3%	
En %	**Assurances sociales**	**aide sociale**	**Action sociale**	**Minima sociaux**	**Ensemble**
OSS	98,4%	0,0%	1,0%	0,6%	100,0%
Etat	13,2%	4,4%	53,7%	28,7%	100,0%
Collectivités locales	0,0%	63,5%	8,7%	27,8%	100,0%
Associations	0,0%	94,6%	5,4%	0,0%	100,0%
Ensemble	87,3%	4,7%	4,6%	3,4%	100,0%
dont Etat + minimum vieillesse				34,0%	

1.3.1.2 Les résultats par grande catégorie d'acteur :

- Les organismes de sécurité sociale

Les organismes de sécurité sociale versent 99% des dépenses d'assurances sociales.

Leur part dans l'aide sociale est en revanche très faible (0,3%), ce qui est conforme à la définition de cette technique d'intervention : les 60M€ répertoriés devraient vraisemblablement être réaffectés à un autre acteur, conformément au schéma général de répartition des techniques entre acteurs établi par la mission (cf. partie 1 panorama).

Elles fournissent près de 18,5% des prestations d'action sociale, majoritairement dans le domaine de la famille et dans celui de la vieillesse.

Leur part dans la fourniture de minima sociaux (16%) est en revanche élevée du fait du décompte du minimum vieillesse (2394 M€), qui est financé par des transferts de l'Etat, selon la convention méthodologique de la comptabilité nationale (cf. note méthodologique à la fin de cette fiche) : en déduisant ce montant, la part des organismes de sécurité sociale sur ce type de dépense retombe à 1,6%.

Le tableau ci-dessous résume cette répartition :

Tableau 10 : part des dépenses des organismes de sécurité sociale par technique (2004, en %)

	Assurances sociales	**Aide sociale**	**Action sociale**	**Minima sociaux**	Ensemble des dépenses
Part des OSS dans le total des dépenses de tous les acteurs	99,1%	0,3%	18,5%	16,0%	87,9%

Les organismes de sécurité sociale utilisent de façon prépondérante la technique de l'assurance sociale, celle-ci représentant 98,4% de l'ensemble de leurs dépenses.

Tableau 11 **:** répartition des dépenses des organismes de sécurité sociale par risque (2004, en millions d'€)

ORGANISMES DE SECURITE SOCIALE (OSS)					
	Assurances sociales	**Aide sociale**	**Action sociale**	**Minima sociaux**	**TOTAL**
MALADIE	136532	59	58		136649
INVALIDITE	7424	1	114	268	7807
ACCIDENTS DU TRAVAIL	7839				7839
VIEILLESSE	167554	0	1041	2385	170980
SURVIE	31457			9	31465
MATERNITE	5846				5846
FAMILLE	26120	0	2036	0	28155
INSERTION ET REINSERTION PROFESSIONNELLE	1206		0		1206
CHOMAGE	30346		723	0	31069
LOGEMENT	3473		132		3605
PAUVRETE - EXCLUSION SOCIALE		0	0	0	0
TOTAL	**417797**	**60**	**4105**	**2662**	**424624**
Part de l'utilisation de la technique par les OSS	**98,4%**	**0,0%**	**1,0%**	**0,6%**	**100,0%**

➢ L’Etat

L’Etat ne finance que 5,9% des prestations d’aide sociale, ce qui est conforme au caractère résiduel de ses compétences en la matière depuis les premières lois de décentralisation.

En revanche sa place est prépondérante en matière d’action sociale (près de 72%) et s’agissant des minima sociaux (65,4% si l’on rattache le minimum vieillesse au compte de l’Etat comme expliqué plus haut).

Les dépenses de l’Etat répertoriées ici par la mission au titre des assurances sociales recouvrent principalement des prestations d’invalidité et la prise en charge d’une partie de la CMU complémentaire. En toute rigueur, ces dépenses auraient dû être comptabilisées par la mission en action sociale, selon le schéma général selon lequel l’Etat n’utilise pas la technique de l’assurance sociale (cf. partie 1 panorama).

L’aide médicale d’Etat (233 M€ en crédits de paiement 2006) a également vraisemblablement été classée en assurances sociales compte tenu de la faible précision des lignes budgétaires : l’aide sociale de l’Etat devrait être majorée d’autant.
Le tableau ci-dessous résume cette répartition :

*Tableau 12***:** part des dépenses de l’Etat par technique (2004, en %)

	Assurances sociales	**Aide sociale**	**Action sociale**	**Minima sociaux**	**Ensemble des dépenses**
Part de l’Etat dans le total des dépenses des acteurs	0,9%	5,9%	**71,6%**	51,0%	6,1%
+ minimum vieillesse				**65,3%**	

Tableau 13: répartition des dépenses de l’Etat par risque (2004, en millions d’€)

ETAT					
	Assurances sociales	**Aide sociale**	**Action sociale**	**Minima sociaux**	TOTAL
MALADIE	1158	194	97		1449
INVALIDITE	1247	1045	4	4663	6960
ACCIDENTS DU TRAVAIL	0				0
VIEILLESSE	572	39	455	1	1067
SURVIE	902			0	902
MATERNITE	0				0
FAMILLE	3	0	2533	894	3429
INSERTION ET REINSERTION PROFESSIONNELLE	13		618		631
CHOMAGE	29		1885	2654	4568
LOGEMENT	0		10292		10292
PAUVRETE - EXCLUSION SOCIALE		39	20	283	342
TOTAL	**3925**	**1318**	**15905**	**8494**	**29641**
Part de l’utilisation de la technique	13,2%	4,4%	53,7%	28,7%	100,0%

➢ Les collectivités locales

Les collectivités locales financent près de 56% des dépenses d'aide sociale et moins de 8% des dépenses d'action sociale.

Elles financent également le tiers des minima sociaux au titre du RMI. Le montant total de l'aide sociale des collectivités (même en y intégrant les dépenses du RMI) est sous-estimé dans ces calculs si l'on tient compte des estimations des enquêtes menées par la DREES qui évaluent l'aide sociale des départements à 23,4 Mrds € - ce point est abordé en 3.3.3.

Tableau 14: part des dépenses des collectivités territoriales par technique (2004, en %)

	Assurances sociales	**Aide sociale**	**Action sociale**	**Minima sociaux**	Ensemble des dépenses
Part des collectivités locales dans le total des dépenses des acteurs	0,0%	**55,7%**	7,7%	**33,0%**	4,1%

Tableau 15: répartition des dépenses des collectivités territoriales par risque (2004, en millions d'€)

COLLECTIVITES LOCALES					
	Assurances sociales	**Aide sociale**	**Action sociale**	**Minima sociaux**	TOTAL
MALADIE	2	228	22		252
INVALIDITE	0	800	103	0	902
ACCIDENTS DU TRAVAIL	0				0
VIEILLESSE	0	6302	822	75	7198
SURVIE	0			0	0
MATERNITE	0				0
FAMILLE	0	5207	392	0	5599
INSERTION ET REINSERTION PROFESSIONNELLE	0		361		361
CHOMAGE	0		12	0	12
LOGEMENT	0		0		0
PAUVRETE - EXCLUSION SOCIALE		0	0	5419	5419
TOTAL	2	12537	1712	5494	19745
Part de l'utilisation de la technique	0,0%	63,5%	8,7%	27,8%	100,0%

➢ Les associations (ISBLSM)

Les associations sont présentes dans les domaines de l'aide sociale comme de l'action sociale. Elles constituent à la fois une force d'initiative, que les comptes n'ont pas vocation à retracer, et des acteurs essentiels dans la mise en œuvre des actions, quelle que soit l'origine du financement.

Les conventions comptables adoptées pour l'élaboration des comptes de la protection sociale, ne permettent pas de refléter réellement leur rôle. Les données des comptes sont ainsi construites à partir des prestations versées par le secteur des ISBLSM selon la comptabilité nationale, complétées par la DREES par les prestations de services sociaux liées au handicap (cf. note méthodologique à la fin de cette fiche et plus loin, point 3.2.1).

Les comptes attribuent donc aux ISBLSM l'essentiel des dépenses relatives aux personnes handicapées en établissements : prestations médico-sociales (financées par la CNAMTS, à hauteur de 5075,64 M€) et prestations correspondant aux frais d'hébergement et d'aide sociale (financées par les départements 2534,11 M€). Ces prestations mises à part, les associations ne représentent que 4,3% des prestations d'aide sociale et 2,2% des prestations d'action sociale, essentiellement en matière de pauvreté et d'exclusion sociale, et de façon marginale sur le risque « maladie ».

Tableau 16 : répartition des dépenses des associations par risque (2004, en millions d'€)

ASSOCIATIONS					
	Assurances sociales	**Aide sociale**	**Action sociale**	**Minima sociaux**	TOTAL
MALADIE	0	22	11		33
INVALIDITE	0	7 610	0	0	7610
ACCIDENTS DU TRAVAIL	0				0
VIEILLESSE	0	0	0	0	0
SURVIE	0			0	0
MATERNITE	0				0
FAMILLE	0	0	0	0	0
INSERTION ET REINSERTION PROFESSIONNELLE	0		0		0
CHOMAGE	0		0	0	0
LOGEMENT	0		0		0
PAUVRETE - EXCLUSION SOCIALE		951	476	0	1427
TOTAL	0	8 583	487	0	9070

1.3.2 Les limites des résultats obtenus

Les résultats obtenus par la mission permettent de fournir de premiers ordres de grandeur. Ils comprennent toutefois des limites importantes qui tiennent à trois types de raisons :

Tout d'abord, naturellement, les erreurs et incertitudes de la mission elle-même dans son travail de codage.

Ensuite, les imprécisions des comptes qui peuvent être constatées dans la désagrégation de certaines prestations, dont le périmètre ne prête pas à ambiguïté, et qui peuvent rendre plus délicat ce travail de codage.

Enfin, la nature même de certains concepts et conventions des comptes de la protection sociale. En effet, si les comptes de la protection sociale fournissent un outil très précieux de

chiffrage de l'ensemble des emplois et des ressources de la protection sociale, ils s'inscrivent dans un cadre contraignant :

- les comptes de la protection sociale constituent un compte satellite des comptes nationaux, dont l'essentiel des données de cadrage – montant total des prestations sociales, des cotisations sociales ou des impôts affectés à la protection sociale, par exemple – sont déterminés en amont à l'issue d'arbitrages rendus par la Direction générale de la comptabilité publique puis par l'Insee [67];

- En outre, le système des comptes de la protection sociale est régi par les règles en vigueur dans le système européen « Sespros » développé par Eurostat à des fins de comparaison de la situation financière des systèmes européens de protection sociale.

Ce cadre spécifique a notamment les conséquences suivantes :

- seuls des versements à des unités appartenant aux administrations publiques ou aux institutions sans but lucratif au service des ménages peuvent être qualifiés de prestations de services sociaux ; ceci conduit donc à exclure, par exemple, les versements des collectivités locales aux centres d'aide par le travail qui appartiennent au secteur des sociétés non financières ;
- les comptes de la protection sociale décrivent seulement les opérations courantes des régimes de protection sociale, à l'exclusion des opérations en capital ; de ce fait le solde qu'il dégage s'interprète comme une épargne et non comme un besoin de financement ;
- les opérations enregistrées dans les comptes de la protection sociale, en emplois comme en ressources, correspondent à des dispositifs obligatoires ou à défaut assurant une mutualisation minimale de la couverture d'un risque – à l'instar, par exemple, de la prévoyance d'entreprise ou de la mutualité -, ce qui conduit à exclure de regarder les dons perçus par les associations comme des ressources de la protection sociale ;
- d'une façon plus générale, il n'entre pas dans les missions des comptes de la protection sociale de proposer un compte complet des institutions sans but lucratif au service des ménages, dont au demeurant les champs d'intervention sont loin de se limiter au seul domaine social.

Ces limites des résultats obtenus ne remettent pas du tout en cause l'avancée considérable que constitue cet outil de comptabilisation. Ils ont toutefois conduit la mission à chercher à contrôler et compléter les résultats issus de son utilisation des comptes de la protection sociale. La mission a pour ce faire confronté ces données aux études existantes sur les associations et comités d'entreprises, les dépenses de l'Etat, et les dépenses des départements.

1.3.2.1 Les associations et les comités d'entreprises

Comme il a été souligné (cf. note méthodologique à la fin de cette fiche pour plus de détails) les données retracées dans les comptes de la protection sociale relatives aux dépenses des ISBLSM ne permettent pas de rendre compte de l'action sociale des associations en dehors des transferts opérés en leur faveur par les collectivités publiques ou les caisses pour le versement de certaines prestations. Notamment, toutes les dépenses issues des dons et legs des ménages ne sont pas retracées dans les comptes.

---

[67] la tâche des gestionnaires des comptes de la protection sociale consistant, à l'occasion des campagnes annuelles, à ventiler ces emplois et ressources par risques, par nature et par régimes.

L'absence de prestations recensées dans les domaines de la vieillesse et de la famille confirme cette non prise en compte.

Les données chiffrées concernant les associations sont en effet de façon générale très lacunaires. L'INSEE a récemment tenté pour la première fois de cerner le poids économique des associations[68] : l'action sociale représenterait 45% du PIB associatif. Si cette étude ne porte pas sur les prestations versées par les associations, elle fournit toutefois un éclairage intéressant sur leur importance.
De nombreuses difficultés méthodologiques persistent, notamment parce que les associations ne sont pas isolées en tant que telle dans la comptabilité nationale ; en outre, dans le domaine de l'action sociale, pratiquement aucune association n'est fiscalisée – si les associations doivent fournir des informations aux administrations, leur remontée n'est pas organisée sur des bases semblables à celles de l'INSEE ou des données fiscales.

En dépit de ces difficultés, l'étude estime la valeur ajoutée des ISBL dans le domaine de l'action sociale à 20 519M€, dont 16 888M€ de coûts salariaux. Encore les ISBL de l'action sociale ne comprennent-ils pas les ISBL classés dans le sous-groupe « insertion et emploi » (1451 M € de valeur ajoutée), ni les « centres sociaux » (410M€ de valeur ajoutée) regroupant les associations familiales rurales et d'autres activités polyvalentes pour les adultes, les familles et le 3ème âge. La valeur ajoutée des comités d'entreprises, également classés à part, est estimée à 855 M€.

Le tableau ci-dessous indique le nombre d'ISBLS répertoriées et les effectifs correspondant dans le domaine de l'action sociale tel qu'identifié par l'INSEE :

Tableau 17 : nombre d'associations par secteur de l'action sociale

Intitulé des sous-groupes	Nombre d'associations	*Effectif de salariés*
Enfance handicapée	700	*106 900*
Jeunes en difficultés	5 000	*84 560*
Adultes handicapés	1 300	*107 120*
Adultes en difficulté	6 600	*64 660*
Personnes âgées	1 600	*57 710*
Petite enfance	2 800	*22 540*
Action sociale polyvalente	11 700	*161 110*
Aide par le travail	700	*58 420*
Services à domicile	3 500	*84 890*
Total action sociale	33 900	*746 910*

Source : Les Associations en France et leur contribution au PIB ; Philippe Kaminski

Ces travaux confirment le rôle essentiel des associations dans des domaines tel que le service à domicile, les personnes âgées, la petite enfance, alors même que dans les comptes de la protection sociale aucun montant de dépenses n'est répertorié dans ces postes.

Enfin, l'étude permet de distinguer l'origine des recettes des associations dans trois domaines de l'action sociale (personnes âgées, petite enfance, services à domicile). Le tableau ci-dessous résume cette ventilation :

---

[68] voir notamment la plaquette de l'ADDES *Les associations en France et leur contribution au PIB : le compte satellite des institutions sans but lucratif en France*, Philippe Kaminski, février 2006.

Tableau 18: recettes des ISBL, en millions d'euros

	Personnes âgées	Petite enfance	Services à domicile
Production	**1919**	**479**	**1850**
Ventes	672	55	596
Cotisations, dons	177	100	163
Financements publics	1070	324	1091
Dont subventions (sans contrepartie directe)	193	207	180
Dont convention (assimilable à un achat de service)	877	117	911
Dont communes	26	176	177
Dont départements, Régions	-	94	157
Dont sécurité sociale	1015	43	564
Dont Etat	29	11	193
	Personnes âgées	**Petite enfance**	**Services à domicile**
Production	**100%**	**100%**	**100%**
Ventes	35%	11,5%	32%
Cotisations, dons	9%	21%	9%
Financements publics	56%	67,5%	59%
Dont subventions (sans contrepartie directe)	10%	43%	10%
Dont convention (assimilable à un achat de service)	46%	24%	49%
Dont communes	1%	37%	10%
Dont départements, Régions		20%	8%
Dont sécurité sociale	53%	9%	30%
Dont Etat	2%	2%	10%

Source : *Les associations en France et leur contribution au PIB : le compte satellite des institutions sans but lucratif en France*, Philippe Kaminski, février 2006

Plusieurs enseignements intéressants se dégagent de ce tableau, notamment :
- la part importante des dons et cotisations dans les recettes, notamment dans le secteur de la petite enfance
- le rôle faible de l'Etat sauf dans le domaine des services à domicile
- le rôle majeur des communes dans le domaine de la petite enfance.

Ainsi, les comptes de la protection sociale n'offrent-ils qu'une vision parcellaire de l'action sociale des associations et autres organismes privés comme les comités d'entreprises. Celles-ci sont pourtant incontournables aussi bien dans l'action sociale de proximité que comme opérateurs de l'Etat ou des collectivités en matière d'aide ou d'action sociale.

1.3.2.2 Les dépenses de l'Etat

La mission a comparé les dépenses de l'Etat retracées dans les comptes de la protection sociale avec les dépenses d'aide et d'action sociales telles qu'elles apparaissent dans le document de politique transversale « Inclusion sociale ». Le DPT « inclusion sociale » retrace les interventions en faveur de l'inclusion sociale relevant de plusieurs programmes de différents ministères et n'appartenant pas nécessairement à une même mission[69].

Les montants des crédits présentés dans le document de politique transversale « inclusion sociale », et notamment dans son annexe 2, sont repris dans le tableau suivant :

[69] Le projet de loi de finances pour 2006 comprend 7 « documents de politique transversale », dont celui relatif à l'inclusion sociale

Tableau 19 : crédits consacrés à la politique d'inclusion sociale selon le document de politique transversale (en millions d'euros ; crédits de paiements)

Programmes	**Actions du programme**	**Moyens pour 2006**
Politique en faveur de l'inclusion sociale	Prévention de l'exclusion	60
	Actions en faveur des plus vulnérables	741
	Conduite et animation de la politique de lutte contre les exclusions	32
Actions en faveur des familles vulnérables	Soutien en faveur des familles monoparentales	875
Handicap et dépendance	Incitation à l'activité professionnelle	2 230
	Ressources d'existence	5 162
Accueil des étrangers et intégration	Intégration	219
Aide à l'accès au logement	Aides personnelles*	4 596
	Accompagnement des publics en difficulté*	1
Développement et amélioration de l'offre de logement	Construction locative et amélioration du parc*	136
	Lutte contre l'habitat indigne*	18
Rénovation urbaine	Logements participant à la rénovation urbaine	133
	Aménagement des quartiers participant à la rénovation urbaine	100
Equité sociale et territoriale et soutien	Prévention et développement social	219
	Revitalisation économique et emploi	357
**Développement de l'emploi ** **	Allégement de cotisations sociales	569
	Promotion de l'emploi	311
Accompagnement des mutations économiques, sociales et démographiques **	Anticipation des mutations et développement de la mobilité professionnelle	529
	Amélioration de l'accès des actifs à la qualification	3 856
**Accès et retour à l'emploi ** **	Indemnisations des demandeurs d'emploi et rapprochement de l'offre et de la demande d'emploi	2 895
	Mise en situation d'emploi des publics fragiles	4 236
Vie de l'élève	Vie scolaire et éducation à la responsabilité	n.c
	Santé scolaire	332
	Action sociale	614
	Accueil et services aux élèves	n.c
Enseignement scolaire public du premier degré	Enseignement élémentaire	n.c.
	Besoins éducatifs particuliers	1 383
Enseignement scolaire public du second degré	Enseignement en collège	n.c.
	Besoins éducatifs particuliers	1 033
	Aide à l'insertion professionnelle	49
Enseignement privé du premier et du second degrés	Dispositifs spécifiques de scolarisation	142
	Actions sociales en faveur des élèves	68
Accès au droit et à la justice	Aide juridictionnelle	298
	Développement de l'accès au droit et du réseau judiciaire de proximité*	5
	Aides aux victimes*	0,5
Protection judiciaire de la jeunesse	Mise en œuvre des mesures judiciaires : mineurs délinquants	335
	Mise en œuvre des mesures judiciaires : mineurs en danger et jeunes majeurs	260
Administration pénitentiaire	Accueil des personnes en détention*	1
	Accompagnement et réinsertion des personnes placées sous main de justice*	11
Protection maladie	Accès à la protection maladie complémentaire	324
	Aide médicale de l'Etat	233

Santé publique et prévention	Pilotage de la politique de santé publique	n.c.
	Déterminants de la santé	n.c.
	Pathologies à forte mortalité	n.c.
	Qualité de vie et handicap	n.c.
Egalité entre les hommes et les femmes	L'égalité professionnelle (FGIF)*	0
	L'égalité en droit et en dignité*	2
Tourisme	Accès aux vacances	4
Transmission des savoirs et démocratisation de la culture	Soutien à l'éducation artistique	n.c.
	Actions spécifiques en faveur des publics	17
	Actions spécifiques en faveur de l'aménagement du territoire	n.c.
Jeunesse et vie associative	Promotion des actions en faveur de la jeunesse	12
Sport	Promotion du sport pour le plus grand nombre*	3
Emploi outre-mer	Mesures d'insertion et aides directes à l'emploi	421
Conditions de vie outre-mer	Logement	173
	Sanitaire et social*	31
totaux		**33 027**

** actions pour lesquelles le choix a été fait de ne retenir qu'une fraction du montant budgété*
*** programmes pour lesquels, au contraire, le choix a été fait de retenir l'intégralité du montant budgété*
n.c. (dans la dernière colonne) : actions dont la contribution à la politique d'inclusion sociale n'a pas été chiffrées
source : document de politique transversale inclusion sociale (loi de finances 2006)

Il est essentiel de souligner que la comparaison effectuée par la mission ne vise **qu'à obtenir des ordres de grandeur**. En effet, le DPT retrace des crédits budgétés pour 2006, alors que les comptes de la protection sociale retraités par la mission retracent des dépenses pour 2004. En outre, la mission effectue des comparaisons non pas entre le DPT et les CPS, mais entre le DPT et les résultats qu'elle a obtenus à partir de son travail sur les comptes. Ces précautions prises, la comparaison entre les montants disponibles fait apparaître trois situations différentes :

- des interventions de l'Etat qui ne sont pas retracées dans les comptes car elles ne peuvent être rattachées à des risques de la protection sociale , bien qu'elles correspondent à des prestations d'aide ou d'action sociale (3.2.2.1);
- des interventions de l'Etat pas ou mal retracées dans les comptes de la protection sociale alors qu'elles peuvent être rattachées à un des risques de la nomenclature des comptes (3.2.2.2) ;
- des dépenses qui ne sont retracées ni dans le DPT, ni dans les comptes de la protection sociale (3.2.2.3).

➢ Les programmes ou actions mentionnées par le DPT qui ne relèvent pas d'un risque[70]

- accueil des étrangers et intégration (219 M€)
- enseignement scolaire public du premier degré (1383 M€)
- enseignement scolaire public du second degré (1082 M€)
- accès au droit et à la justice (303,5M€)
- protection judiciaire de la jeunesse (595 M€)
- administration pénitentiaire (12M€)
- égalité entre les hommes et les femmes (2 M€)

[70] Les montants indiqués correspondent à ceux du DPT –identifiés comme participant de l'inclusion sociale- ils ne recouvrent donc pas nécessairement l'ensemble du montant budgété par programme.

- Tourisme (4M€)
- Transmission des savoirs et démocratisation de la culture(17M€)
- Jeunesse et vie associative (12M€)
- Sport (3 M€)

Soit un total de dépenses (2006) de 3636,5 M€.

- Les actions du DPT mal prises en compte dans les comptes

Généralement, les comptes de la protection sociale ne retracent qu'une partie des prestations inscrites au DPT. La situation inverse est plus rare cas (cas du risque vieillesse et des allocations logements).

Le tableau suivant résume un double jeu de correspondances :
- d'une part, entre ces programmes et actions du DPT et les risques de la protection sociale (deux premières colonnes)
- d'autre part, entre les montants des crédits inscrits au DPT et les dépenses d'aide et d'action sociales de l'Etat - minima compris- calculés par la mission à partir des comptes de la protection sociale (deux dernières colonnes)

Tableau 20 : correspondances entre DPT et CPS

Risques	**Programmes**	**Actions du programme**	**Moyens pour 2006**	**Comptes 2004**
SANTE	**Protection maladie**	Accès à la protection maladie complémentaire	324	
		Aide médicale de l'Etat	233	
	Santé publique et prévention	Pilotage de la politique de santé publique	n.c.	
		Déterminants de la santé	n.c.	
		Pathologies à forte mortalité	n.c.	
		Qualité de vie et handicap	n.c.	
	Vie de l'élève	Santé scolaire	332	
	Conditions de vie outre-mer			
		Sanitaire et social*	31	
	Handicap et dépendance	Incitation à l'activité professionnelle	2 230	
		Ressources d'existence	5 162	
		TOTAL	**8312**	**5973**
VIEILLESSE SURVIE	***Non retracé dans le DPT***			**2964**
FAMILLE	**Actions en faveur des familles vulnérables**	Soutien en faveur des familles monoparentales	875	
	Vie de l'élève			
		Action sociale	614	
	Enseignement privé du premier et du second degrés	Dispositifs spécifiques de scolarisation	142	
		Actions sociales en faveur des élèves	68	
		TOTAL	**1699**	**3427**

CHOMAGE	**Equité sociale et territoriale et soutien**	Prévention et développement social	219	
		Revitalisation économique et emploi	357	
	Développement de l'emploi **	Allégement de cotisations sociales	569	
		Promotion de l'emploi	311	
	Accompagnement des mutations économiques, sociales et démographiques**	Anticipation des mutations et développement de la mobilité professionnelle	529	
		Amélioration de l'accès des actifs à la qualification	3 856	
	Accès et retour à l'emploi **	Indemnisations des demandeurs d'emploi et rapprochement de l'offre et de la demande d'emploi	2 895	
		Mise en situation d'emploi des publics fragiles	4 236	
	Emploi outre-mer	Mesures d'insertion et aides directes à l'emploi	421	
		TOTAL	**13 393**	**5127**
LOGEMENT	**Conditions de vie outre-mer**	Logement	173	
	Aide à l'accès au logement	Aides personnelles*	4 596	
		Accompagnement des publics en difficulté*	1	
		Aménagement des quartiers participant à la rénovation urbaine	100	
	Développement et amélioration de l'offre de logement	Construction locative et amélioration du parc*	136	
		Lutte contre l'habitat indigne*	18	
	Rénovation urbaine	Aménagement des quartiers participant à la rénovation urbaine	100	
		Logements participant à la rénovation urbaine	133	
		TOTAL	**5156**	**10292**
PAUVRETE EXCLUSION SOCIALE	**Politique en faveur de l'inclusion sociale**	Prévention de l'exclusion	60	
		Actions en faveur des plus vulnérables	741	
		Conduite et animation de la politique de lutte contre les exclusions	32	
		TOTAL	**833**	**342**

Le tableau fait apparaître des divergences :

Certaines dépenses retracées dans les comptes de la protection sociale sont prises en compte à un niveau plus faible que dans le DPT :

- Au sein du risque santé :
- sous risque invalidité : les comptes de la protection sociale prennent bien en compte les dépenses au titre de l'AAH, en revanche les actions d'incitation à l'activité professionnelle des personnes handicapées sont très mal retracées dans les comptes ;
- sous risque maladie : l'aide médicale d'Etat ne semble pas bien retracée, de même que les actions de santé scolaire et de prévention

Le cadre comptable dans lequel est élaboré les comptes permet d'expliquer en grande partie ces différences[71].

- au sein du risque logement : toutes les dépenses relatives au développement et à l'amélioration de l'offre de logement, à la rénovation urbaine, aux quartiers sensibles, ne sont pas retracées dans les comptes ;

Cela découle notamment du fait que les comptes de la protection sociale décrivent seulement les opérations courantes des régimes de protection sociale, à l'exclusion des opérations en capital. Les dépenses correspondantes sont classées en aide à l'investissement, voire en subventions .

- le risque pauvreté exclusion sociale comporte logiquement un faible montant de dépenses, l'essentiel des dépenses notamment relatives au RMI relevant des départements ; toutefois les comptes de la protection sociale sont peu détaillés sur ce risque : le DPT permet en particulier d'identifier 741 M€ d' « actions en faveur des plus vulnérables » qui sont des moyens accordés au monde associatif, et sont donc présents dans les comptes mais au titre des ISBLSM.

- les dépenses du risque chômage sont les plus mal retracées dans les comptes de la protection sociale ; toutes les actions territoriales, les contrats aidés, les aides à la qualification sont notamment absentes, ce qui explique la différence importante entre les deux montants indiqués (13 393M€ dans le DPT, 5157 M€ dans les comptes)

En effet, ces dépenses recouvrent essentiellement des subventions et non des prestations. Les dépenses du CNASEA notamment (CEJ, emplois aidés etc.) ne sont plus retracées de la même façon depuis le changement de traitement comptable de cet organisme intervenu en 2003. Il verse essentiellement des subventions sur la production, qui ne sont pas reprises dans les comptes de la protection sociale[72].

Certaines dépenses retracées dans les comptes de la protection sociale sont prises en compte à un niveau plus élevé dans les comptes que dans le DPT :

- au sein du risque famille : l'ensemble des bourses scolaires identifiées par la mission dans les comptes de la protection sociale n'est pas retracé dans le DPT ;
- s'agissant du risque logement, le DPT choisit de ne prendre en compte qu'une partie des allocations identifiées par la mission au sein des comptes de la protection sociale, ce qui explique le montant bien supérieur calculé par la mission sur ce risque (10 292 M€, contre 5257 dans le DPT).

  - Les interventions d'aide sociale et d'action sociale absentes des comptes de la protection sociale et du DPT

[71] L'aide médicale d'état (AME) est enregistrée en D6313A marchand (prestations d'assistance sociale en nature) quand on bénéficie de l'AME chez un médecin. Mais lorsqu'on en bénéficie à l'hôpital, c'est non marchand, donc c'est enregistré en D731 (transferts entre sous-secteurs des APU) de l'Etat vers les ODASS. La première partie est reprise par les comptes de la protection sociale, mais pas la seconde, puisque la DREES n'établit pas de compte des ODASS (la DGH est considérée comme une dépense de la Cnamts essentiellement). Selon la CNAMTS, le total des décaissements s'élève à 377 millions. Le compte des hôpitaux indique un produit en transferts de 142 millions. Il reste donc 235 millions de D6313A en droits constatés (santé marchande).
[72] Les comptes des organismes d'administration centrale (ODAC) étant partiels.

Certaines dépenses ne sont retracées ni dans le DPT ni dans les comptes de la protection sociale. Il faut souligner à cet égard les lacunes du DPT, qui conduisent à minorer les dépenses d'aide et d'action sociales de l'Etat, en ne reprenant pas certaines dépenses comme notamment :

- Les allégements généraux de charges sociales, pour un montant de près de 19 milliards d'euros, ne sont pas comptabilisés en 2006 dans le DPT car ils sont financés par une affectation de recettes spécifiques à la sécurité sociale ; la compensation de ces allègements figure bien dans les comptes de la protection sociale, mais au sein des transferts (prise en charge de cotisations), et non des prestations ;
- La prise en charge sociale des demandeurs d'asile (0,3 milliards d'euros) qui relève pourtant de la mission solidarité et intégration.

1.3.2.3 Les dépenses d'aide sociale des départements

Le montant de dépenses d'aide sociale des collectivités locales calculé par la mission à partir des comptes de la protection sociale (12 537 M€) semble très inférieur à celui issu des enquêtes de la DREES sur l'aide sociale des départements[73] : 21 500 M€ de dépenses nettes pour la France entière, et plus de 19 Mrds € hors services communs et autres interventions sociales. En réalité, afin de quantifier les montants de dépenses d'action sociale des administrations publiques locales (APUL) retracés dans les comptes de la protection sociale, il est nécessaire d'additionner 3 montants calculés par la mission (cf. partie 1.1.2) :

- les dépenses d'aide sociale des APUL (12 537 M€)
- les dépenses des APUL classés en minima sociaux dans le risque pauvreté (correspondant au RMI : 5419 M€)
- certaines dépenses d'aide sociale des ISBLSM, notamment celles relatives aux frais d'hébergement et d'aide sociale pour les personnes handicapées (2534,11 M€)

Les ordres de grandeur obtenus sont alors plus comparables, mais des écarts importants subsistent :

Tableau 21 : comparaison entre les résultats issus des CPS et les enquêtes de la DREES (en millions d'€, 2004)

	Dépenses nettes dans l'enquête DREES (France métropolitaine +DOM)	Dépenses d'aide sociale identifiées par la mission dans les CPS	écart
Aides aux personnes âgées	4883 (4636 +247)	6302,2 (APUL)	29%
ASE	5166 (4998 +168)	5207,16 (APUL)	1%
Aide aux personnes handicapées	3404 (3354+50)	799,56 (APUL) 2534,11 (ISBLSM)	-2%
Dépenses liées au RMI	6255 (5482+773)	951 (ISBLSM) 5419 (minima ; APUL)	1,8%
Total	19708	21213	8%

[73] Cf. notamment document de travail n°93, série statistiques, *Dépenses d'aide sociale des départements en 2004*, Jocelyne Mauguin, mars 2006 et Etudes et résultats n° 453, décembre 2005. Le détail de l'exploitation des études relatives au département en matière d'aide et d'action sociale est présenté en partie 4.1.

Au total, il semble donc que les comptes de la protection sociale[74] retracent mieux les dépenses d'aide sociale des départements que ceux des associations ou de l'Etat, mais des écarts importants apparaissent s'agissant des personnes âgées.

Pour l'aide sociale à l'enfance et le handicap, les principales prestations notamment sont bien identifiées :

- s'agissant de l'aide sociale à l'enfance sont identifiées des lignes budgétaires ASE et AEMO ; toutefois du fait du classement d'un montant important de dépenses en prestations de services sociaux peu aisément identifiables (2895M€ au titre des APUL pour le risque famille), ce n'est qu'en sommant les lignes « ASE » et « AEMO » et une partie de ces prestations de services sociaux que l'on aboutit à des montants se rapprochant de ceux de l'enquête de la DREES[75] ;

- en matière de handicap, les frais d'hébergement en établissement sont comptabilisés dans les comptes à partir de l'enquête de la DREES : le montant est donc identique ; ces dépenses sont simplement comptabilisées dans les comptes des APUL

Pour les dépenses liées au RMI, l'allocation est identifiée dans les comptes ; les dépenses d'insertion sont plus difficilement retraçables, elles sont probablement dispersées entre diverses dépenses des ISBLSM.

S'agissant des dépenses d'aide aux personnes âgées, aussi bien l'APA que l'ancienne ACTP, ainsi que les dépenses d'hébergement en établissement, qui représentent environ 93% des dépenses[76], sont identifiables dans les comptes ; l'écart constaté peut bien entendu provenir d'erreurs de codage de la mission.

1.3.3 Observations de la mission sur les chiffres de l'aide et de l'action sociales

Le travail effectué par la mission reste très imparfait, du fait du temps imparti à celle-ci, ainsi que de certaines limites des données disponibles.

Un tel repérage semble toutefois indispensable aux yeux de la mission et mériterait donc d'être affiné et enrichi, en mobilisant l'ensemble des données disponibles, et en procédant à certaines améliorations méthodologiques.

A cet égard, la mission approuve le souhait de la DREES[77] d'engager des travaux d'amélioration de la connaissance de l'aide et de l'action sociales dans les comptes de la protection sociale:

- amélioration méthodologique notamment en matière de ventilation des prestations de services sociaux par risques et d'enregistrement des prestations de services sociaux des collectivités locales ; une estimation des dépenses en capital des régimes de protection

[74] tels que recodés par la mission, avec toutes les approximations que cela suppose (cf. note méthodologique).
[75] sur ce point et sur la question des prestations de services sociaux en général, cf. la note méthodologique.
[76] dépenses brutes au 31/12/2004, France métropolitaine
[77] Source : M. Laurent Caussat, sous-directeur des synthèses, des études et de l'évaluation, 3 juillet 2006.

sociale et par conséquent l'estimation d'un besoin de financement de l'ensemble du système de protection sociale pourrait également être engagé à échéance plus lointaine;

- étude sur l'ensemble des dépenses d'aide et d'actions sociales qui, selon une démarche identique à celle retenue dans l'élaboration du compte social du handicap, s'appuiera non seulement sur les comptes de la protection sociale, mais aussi sur des données complémentaires telles que l'étude sur les institutions sans but lucratif au service des ménages réalisée par M. Philippe KAMINSKI, le document de politique transversale sur l'inclusion sociale, l'enquête de la Drees sur l'aide sociale des départements, ou les données comptables relatives aux fonds d'action sanitaire et sociale des organismes de protection sociale ;

- réflexion sur certains des concepts utilisés dans le cadre central des comptes nationaux lors des travaux d'élaboration de la prochaine base des comptes nationaux.

1.3.4 Note méthodologique sur le travail de codage

Pour chiffrer les dépenses relevant d'une catégorie d'acteurs, d'une technique de protection ou d'une catégorie d'acteurs pour une catégorie de dépenses, la mission a adopté la méthode suivante de retraitement des comptes de la protection sociale.

1.3.4.1 un retraitement par acteur

Les comptes de la protection sociale relèvent d'une logique de dépenses par régime verseur. Deux démarches ont été effectuées par la mission à partir de ces données par régime.

La mission s'est efforcée de regrouper les différents régimes identifiés dans les comptes afin de les faire coïncider avec sa typologie simplifiée. Le tableau suivant retrace ces correspondances :

Régimes des comptes de la protection sociale	**Typologie de la mission**
Au sein des régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics : - Etat - ODAC	Etat
Au sein des régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics : - APUL	Collectivités territoriales
- Régimes d'assurances sociales (comprenant les régimes directs d'employeurs et le régime d'assurance chômage) (ASSO au sens de la DREES) - Régimes d'employeurs - Régimes de la mutualité, retraite supplémentaire et prévoyance	Sécurité sociale
ISBLSM	associations

Les acteurs ainsi identifiés correspondent généralement aux financeurs (principaux) des prestations. Par financeur, on entend la collectivité ou l'organisme qui supporte la charge financière de la prestation, soit directement, soit par le remboursement de la dépense correspondante à l'organisme qui en assure le versement au bénéficiaire.

Toutefois, deux exceptions notables doivent être soulignées

- les prestations du poste 21 12 31 constitutives du minimum vieillesse sont répertoriées comme relevant des administrations de sécurité sociale (ASSO) ou des collectivités locales (APUL) dans le cas de l'allocation de vieillesse ; or, elles sont à la charge de l'Etat

- S'agissant des ISBLSM, les comptes **ne permettent pas de retracer toutes les dépenses effectuées par ces acteurs.** Ceci tient au choix de ne réaliser que des comptes partiels pour les régimes autres que les ASSO et les mutuelles, c'est à dire au fait de ne retenir que les prestations sociales, augmentées des transferts en provenance des autres régimes et explicitement rattachés à la protection sociale. L'ensemble des transferts versés aux ISBLSM par les APUL, par exemple, ne sont pas retenus[78] . En conséquence, le rôle des ISBLSM n'est identifié qu'en **tant qu'elles sont opérateurs des administrations publiques** dans ce domaine; les ressources des associations autres que celles provenant de transferts des organismes de sécurité sociale, de l'Etat ou des départements n'étant pas identifiées, les comptes ne fournissent **pas d'information sur les dépenses d'action sociale facultative des associations.**

En outre, l'approche par financeur effectuée par la mission est en réalité relativement sommaire ; une approche plus détaillée nécessiterait de prendre en compte l'ensemble du circuit de financement des prestations versées, notamment dans le cas de circuits complexes comme celui organisé depuis la mise en place de la CNSA, et pour identifier la source initiale de financement (cotisations sociales, impôt national ou local…)[79].

1.3.4.2 un retraitement par technique de protection sociale

La mission a classé les lignes de prestations de protection sociale détaillées des comptes au sein des différentes techniques d'intervention de la protection sociale[80]. Elle s'est appuyée pour cela sur un faisceau de critères (matériels et organique) repris de la méthodologie générale de la mission (cf. partie 2 sur la présentation des notions).

La mission s'est également appuyée sur l'étude un peu ancienne de la DREES[81] qu'elle s'est efforcée à la fois de réactualiser et de réorienter en fonction de ses propres critères de classification.

Afin de tenir compte notamment du caractère hybride et difficilement classable des **minima** sociaux, ceux-ci ont été répertoriés dans une catégorie spécifique. Les résultats obtenus fournissent donc une répartition par grand type d'acteur et ce pour 4 catégories d'intervention (assurances sociales, aide sociale, action sociale et minima). Il est cependant possible de

---

[78] La part relative au handicap n'étant ainsi par exemple identifiée que depuis 2004.
[79] Cf. Cour des comptes, *Les personnes âgées dépendantes*, 2006.
[80] Il convient de noter que la notion d'action sociale apparaît dans les comptes de la protection sociale, mais ne recouvre pas la notion telle que définie par la mission.
[81] *Une analyse juridique des prestations de protection sociale à partir des Comptes de la protection sociale 1998*, Document de travail n°26, série Etudes, Laurent Caillot, septembre 2002.

proposer leur ventilation entre assurances sociales, aide sociale, et action sociale ; aux yeux de la mission, elle pourrait être effectuée comme suit[82] :

	Assurances sociales	Aide sociale	Action sociale
AAH			X
API			X
ASS	X		
allocation veuvage	X		
minimum invalidité	X		
Minimum vieillesse			X
RMI		X	

Assurance invalidité et assurance veuvage relèvent d'une logique de garantie de ressources minimales pour les assurés sociaux et leurs ayants droit ; ce sont des minima qui sont assis sur des cotisations de ressources préalables liés à l'activité professionnelle d'un assuré social. On peut donc les rattacher à la technique des assurances sociales.

AAH, API et minimum vieillesse peuvent être regroupées en une même catégorie en ce qu'elles concernent des personnes légitimement retirées du marché du travail, soit du fait de l'âge soit du fait d'une charge de famille ; elles non contributives. Financées par l'Etat et non comprises dans les compétences d'aide sociale de l'Etat (mentionnées à l'article L.121-7 du CASF), elles relèvent ainsi plutôt de l'action sociale.

L'ASS et le RMI relèvent d'une autre logique car ces prestations s'adressent à des personnes aptes au travail mais durablement exclues du marché du travail.
Du fait notamment de son caractère contributif, l'ASS peut être classée dans les assurances sociales.
En revanche, le RMI, bien que très éloigné de l'aide sociale et présentant des caractéristiques inédites (prestation de solvabilisation *globale*, présence du contrat d'insertion) peut être rattaché à cette technique. Il est d'ailleurs identifié comme tel dans le CASF.

Deux difficultés spécifiques ont dû être surmontées pour le codage des comptes.

D'une part, le cas des prestations de services sociaux.

Les comptes détaillés de la protection sociale distinguent les prestations sociales des prestations de services sociaux. Les prestations sociales sont des transferts effectifs attribués personnellement à des ménages sans contrepartie équivalente ou simultanée. Elles peuvent être en espèces ou en nature. Les prestations de services sociaux retracent l'accès à des services, en relation avec un risque de la protection sociale, fournis à prix réduit, ou gratuitement par une administration[83].
En matière d'aide et d'action sociale, ces prestations de services sociaux recouvrent souvent des frais de fonctionnement ou de dépenses de travail social qui peuvent relever des deux techniques (aide et action sociales) sans que le détail ne soit disponible pour permettre de

---

[82] Cette classification reprend celle adoptée dans les tableaux de la première partie « panorama ».
[83] La plus grande masse de ces prestations de services sociaux est celle de la prise en charge des soins de santé dans le secteur public hospitalier par la Sécurité sociale (ce qui relève des assurances sociales). Dans les domaines de l'aide et de l'action sociale, on retrouve notamment des prestations de services sociaux des collectivités locales.

trancher entre l’une ou l’autre. La mission a donc dans certains cas choisi une clé de répartition conventionnelle (2/3 aide sociale, 1/3 action sociale).
D’autre part, le cas des prestations extra-légales des régimes d’employeurs et les prestations des régimes de la mutualité, de la retraite supplémentaire et de la prévoyance.

Du fait de leur rattachement à une logique de solidarité professionnelle, ces deux régimes renvoient nettement à la technique de protection des « assurances sociales ». C’est pourquoi toutes les prestations « complémentaires » de prestations de sécurité sociale ont été classées dans la catégorie des assurances sociales. C’est notamment le cas des prestations relevant des risques santé (sous risques maladie, invalidité, accidents du travail), pour l’essentiel du risque vieillesse-survie, pour le risque chômage.

En revanche, d’autres prestations ont été classées en « action sociale » par analogie avec les prestations d’action sociale des caisses : il s’agit en effet de prestations qui se distinguent des prestations à caractère assurantiel de ces régimes, comme les prestations d’aide aux vacances, aide ménagère à domicile, ou les prestations de gardes d’enfants et les bourses d’études. De même pour les prestations extralégales non détaillées classées sur la même ligne budgétaire que les prestations extralégales des caisses de sécurité sociale.

1.3.4.3 un retraitement par technique et par acteur

La mission a donc codé chaque ligne budgétaire selon son appartenance à l’une des quatre techniques d’intervention répertoriées. Toutefois une même ligne budgétaire a parfois dû être éclatée entre plusieurs sous-lignes créées par la mission afin de rattacher ces sous-lignes à des catégories distinctes. C’est en particulier le cas quand des acteurs distincts interviennent au titre d’une technique différente pour une même prestation.

Ce travail n’a pas soulevé trop de difficultés lorsqu’il était relativement aisé de comprendre à quelles prestations correspondait une ligne budgétaire :

- la ligne « soins de santé » du poste 11 21 10 a été ventilée entre : assurances sociales pour ce qui est des prestations des administrations de sécurité sociale (ASSO), des régimes d’employeurs et des mutuelles ; aide sociale (2/3) et action sociale (1/3)[84] s’agissant des prestations de l’Etat et des organismes dépendant de l’administration centrale (ODAC); et action sociale pour les prestations des administrations publiques locales (APUL).

- la ligne « aide ménagère à domicile » du poste 21 22 20 a été différenciée selon que le régime était un régime d’employeurs et les ASSO (classement en action sociale), ou les APUL (classement en aide sociale).

- La ligne intitulée « prestations extra-légales des caisses de sécurité sociale » du poste 21 22 20, qui comprend en réalité essentiellement des prestations de services sociaux des APUL, a été reventilée en conséquence : les prestations des ASSO relèvent de l’action sociale, mais les prestations de services sociaux des APUL ont été, par convention, ventilées entre aide sociale (2/3) et action sociale (1/3) ;

- Les bourses d’études du poste 32 12 21 ont été ventilées en action sociale s’agissant des prestations des mutuelles et de l’Etat, et aide sociale pour les prestations des APUL

[84] Selon la clé de répartition choisie par la mission comme expliqué plus haut.

- La ligne « prestations extra-légales des caisses de sécurité sociale » du poste 32 22 20, qui malgré son intitulé comprend en réalité des prestations relevant des ASSO, mais aussi des régimes d'employeurs et des APUL, a été reventilée ainsi : action sociale pour les régimes d'employeurs et les ASSO, aide sociale pour le montant correspondant aux APUL.

- Dans la ligne « péretraites » du poste 42 11 13 la mission a distingué l'action sociale pour les dépenses de l'Etat, de l'assurance sociale pour les ASSO et régimes d'employeurs.

En revanche pour certaines lignes (notamment les « prestations diverses ») la mission a dû effectuer des choix de reclassement qui ne peuvent être totalement justifiés, car un classement plus fin aurait nécessité un travail d'investigation trop complexe:

- la ligne « prestations extra-légales des caisses de sécurité sociale et frais divers » du poste 12 22 20, qui comprend en réalité des prestations de services sociaux des APUL, pourrait relever de l'aide sociale comme de l'action sociale. Elle a été ventilée par convention entre les deux rubriques pour 2/3 en aide sociale et 1/3 en action sociale (189 M€ au total)

- les prestations de la ligne « prestations diverses » du poste 12 22 30 (71,07 M€ au total) relevant des APUL ont été ventilées selon la même clé de répartition (2/3 aide sociale, 1/3 action sociale); les montants relevant de l'ORGANIC et de l'Etat ont été classés en action sociale ;

- les prestations de services sociaux de la ligne « prestations extra-légales des caisses de sécurité sociale » du poste 21 22 20 (qui comprend en réalité des prestations de services sociaux des APUL) ont également été réparties entre aide sociale (2/3) et action sociale (1/3);

- le montant de la ligne « frais d'hébergement des personnes âgées » du poste 21 21 20 (12,28 M€) a été classé en action sociale, mais pourrait relever de l'assurance sociale ; il est en effet versé par les caisses – les frais d'hébergement relevant de l'aide sociale étant retracés sur une autre ligne au titre des versements des ISBLSM.

- les « prestations diverses » du poste 32 12 22 (356,37 M€) ont été classées en action sociale parce qu'il s'agissait de prestations soumises à condition de ressources périodiques, donc ne pouvant relever de l'aide sociale à l'enfance (ASE). Toutefois ce critère est fragile car des prestations de services sociaux retracées comme soumises à condition de ressources ont été classées par ailleurs par la mission dans les dépenses d'ASE. (Il s'agit des prestations mentionnées dans la ligne « prestations extra-légales des caisses de sécurité sociale » (comprenant malgré cet intitulé des prestations versées par les APUL) du poste 32 22 20 (cf. ci-dessus) : sans cette ventilation, il est en effet impossible atteindre au total un montant « réaliste » de dépenses d'ASE en comparaison des montants résultant des études menées par la DREES par ailleurs).

- les « prestations diverses » du poste 41 22 30 (157,2 M€ de prestations en nature, de l'UNEDIC) ont été répertoriées, faute de précisions, en assurance sociale[85] - sachant que les dépenses du fonds social de l'UNEDIC sont identifiées sur une autre ligne.

---

[85] En revanche, s'agissant des « prestations diverses » du poste 42 22 30 (532 M€ de prestations en nature, ODAC), la mission les a répertoriées de façon assez certaine en action sociale en raison du financeur « Etat » qui

- Enfin les « prestations diverses » des postes 60 12 32, 60 21 30 et 60 22 30 (1486,35 M€), *aussi bien en prestations sociales qu'en prestations de services sociaux,* ont été ventilées en aide sociale (2/3) et action sociale (1/3) selon la convention exposée plus haut. Cette ventilation permet notamment d'être en relative cohérence avec le montant des dépenses nettes des charges d'insertion au titre du RMI estimées à 858 M€ dans l'enquête de la DREES sur l'aide sociale départementale[86].

ne finance sur le risque chômage que de l'action sociale. De même pour les prestations diverses des APUL au poste 42 22 30.

[86] *Les dépenses d'aide sociale des départements en 2004*, Jocelyne Mauguin, Document de travail, série statistiques, DREES , mars 2006,.

1.4 Fiche n°4: Les acteurs de l’aide et de l’action sociales

La mission a analysé plus particulièrement les interventions de deux acteurs de l’aide et de l’action sociales : le département et la commune. Par ailleurs, elle rappelle plus succinctement le rôle des caisses de sécurité sociale et celui de l’Etat.

1.4.1 Le département

Au cours du temps, sur le fondement de ses compétences générales et plus particulièrement du fait des transferts opérés depuis les lois de décentralisation de 1983 1984[87] le département est devenu un acteur majeur de l’aide et de l’action sociales. C’est la collectivité de droit commun de mise en œuvre de l’aide sociale qui mobilise 65 % du budget de fonctionnement de l’institution[88], et ses interventions s’étendent au-delà de ce domaine. Dans ce cadre le département joue plusieurs rôles distincts :

- il participe au pouvoir réglementaire. L’article 72 de la constitution précise que « *dans les conditions prévues par la loi* » les collectivités territoriales *« disposent d’un pouvoir réglementaire pour l’exercice de leurs compétences. »*

- il dispose d’un pouvoir de contrôle.« *Les agents du département habilités par le président du conseil général ont compétence pour contrôler le respect des règles applicables aux formes d’aide sociale relevant de la compétence du département.* » (art L.133-2 du CASF)

- il « *coordonne* » les actions d’aide et d’action sociales « *menées sur son territoire* » (article L. 121-1 du CASF).

- il finance, organise et dispense des prestations d’aide et d’action sociales.

La partie 5 relative à la coordination décrit le rôle du département dans la coordination de l’aide et de l’action sociales. Les passages ci-dessous présentent successivement :

- le champ d’intervention du département dans le domaine social (1.4.1.1)
- quelques unes de ses compétences dans le domaine de l’action sociale obligatoire (1.4.1.2)
- un inventaire chiffré de ses interventions au titre de l’aide sociale obligatoire (1.4.1.3)
- puis de l’aide non obligatoire (1.4.1.4) ;
- et enfin quelques observations sur l’action du département (1.4.1.5)

1.4.1.1 Le champ d’intervention du département dans le domaine social

Le département agit d’une part dans le cadre de l’aide sociale, qui comporte un volet « aide sociale légale », et un volet « aide sociale extralégale », d’autre part de l’action sociale, qui comporte également deux volets : le volet de l’« action sociale obligatoire » ou « sous contraintes légales » qui regroupe des interventions mises à la charge du département par la loi, et le volet de l’« action sociale facultative ».

---

[87] Voir l’annexe 4 sur les lois ayant une incidence sur les compétences dans le domaine social, parmi les quelles les lois de décentralisation depuis 1983.
[88] Chiffre 2004. Source : DREES voir infra point 3.

Le tableau ci-dessous propose une présentation schématique de la répartition des principales interventions entre ces quatre volets.

Tableau 22 : présentation schématique de la répartition des principales interventions du département entre les différentes formes juridiques d'aide et d'action sociales (IGAS)

Politiques d'aide et d'action sociales	Aide sociale légale	Aide sociale extralégale	Action sociale facultative	Action sociale obligatoire
Enfance	ASE 269 000 bénéficiaires en 2004	2/3 des départements développent des interventions en faveur des familles ou des jeunes.		-Service d'action sociale -Protection maternelle et infantile PMI -Protection judiciaire de la jeunesse[89]
Personnes handicapées enfants	Non (Compétence Etat).[90]	Non	Ex : financement des aides techniques, adaptation du logement, financement des séjours d'hébergement…	Actions de prévention de la PMI (signalement, CAMSP[91])
Personnes handicapées adultes	ASPH 230 000 bénéficiaires	La quasi totalité des départements .		Service d'action sociale
Personnes âgées	ASPA dont APA 1 million de bénéficiaires	La quasi totalité des départements .		Service d'action sociale
Lutte contre la pauvreté et lutte contre l'exclusion sociale	AS insertion Pour allocataires du RMI 1 million de bénéficiaires	2/3 des départements développent des actions auprès des personnes en difficulté sociale		-Service d'action sociale -Fonds jeunes, énergie, eau, logement
Santé	Non	Oui : aides destinées à favoriser l'accès aux soins de personnes non admises à la couverture maladie universelle		Non

[89] Dans le cadre de l'expérimentation prévue par la loi du 13 août 2004. Cf. point 4.1.2.
[90] La répartition des compétences d'autorisation des établissements, fixée à l'article L.312-3 du CASF, donne compétence à l'Etat pour les établissements accueillant des enfants handicapés.
[91] Centres d'action médico-sociale précoce

- Quelques interventions du département au titre de l'action sociale obligatoire

La loi a mis à la charge du département des interventions, qui peuvent se réaliser au bénéfice des publics de l'aide sociale mais qui se rattachent à l'action sociale .

Le service départemental d'action sociale

Le département est responsable et assure le financement du service départemental d'action sociale (L. 123-1 CASF) qui a pour mission générale d'aider les personnes en difficulté à retrouver ou à développer leur autonomie (L. 123-2). Composé de travailleurs sociaux (assistants sociaux, conseillers en économie sociale et familiale, etc.), le service est souvent organisé sur une base territoriale (circonscriptions, unités territoriales, centres médico-sociaux). Il est chargé de l'approche globale, de l'évaluation des situations et du traitement des demandes de l'ensemble des usagers.

La protection maternelle infantile (PMI)

Organisé à ses débuts afin de lutter contre la mortalité infantile, le service de PMI a évolué vers une mission plus large de protection de la mère et du jeune enfant, entrant dans une logique de prévention sanitaire mais aussi sociale[92].

La PMI assume des missions générales d'encadrement médical de la conception et de la maternité : en amont, le service intervient dans le cadre de la planification familiale et de la surveillance prénatale (déclaration de grossesse et consultations prénatales obligatoires) ; il est responsable des consultations de nourrissons et du suivi des enfants de 0 à 6 ans (on dénombre au 1er janvier 2004, 4,7 millions d'enfants de moins de six ans dont 2,4 millions ont moins de trois ans) ; il a la responsabilité de l'agrément et du suivi des assistantes maternelles ainsi que l'autorisation de l'ouverture et du contrôle des modes de garde de la petite enfance, etc.

La PMI assume également des missions de protection spécifique de certaines catégories (« groupes vulnérables ») et des missions ponctuelles, dans le domaine de la prévention des mauvais traitements, de l'enfance handicapée (impulsion et rôle dans le fonctionnement des CAMSP).

Le service comprend en 2004 1984 médecins, 786 sages-femmes, 1122 infirmières, 3884 puéricultrices[93].

La protection judiciaire de la jeunesse (PJJ)

La protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) relève de l'action sociale de l'Etat. Toutefois, la loi du 13 août 2004 prévoit la possibilité d'expérimenter pour une durée de cinq ans le transfert au conseil général de la responsabilité de la mise en œuvre des mesures d'assistance éducative décidées par le juge des enfants.

---

[92] Héritière de la loi « Roussel » du 23 décembre 1874, modernisée par l'ordonnance du 2 novembre 1945, puis réorganisée par la loi du 18 décembre 1989 et la loi 6 août 1992, la PMI est organisée par les articles L. 2122-1 et suiv. du Code de la santé publique. Elle fait actuellement l'objet d'une mission spécifique de l'IGAS ; les éléments qui suivent ne reprennent que quelques données de cadrage.

[93] Chiffres fournis par la mission de l'IGAS en cours sur la PMI, source DREES.

Le service de l’aide sociale) l’enfance devient alors seul compétent pour assurer la mise en œuvre des mesures d’assistance éducative. Il peut pour cela faire appel à des organismes publics ou privés ou à des personnes physiques, l'habilitation à recevoir des mineurs étant alors délivrée par le président du conseil général du département où se trouve le siège du service ou de l'établissement demandeur.

Ainsi, dans ce cadre expérimental, pour les départements volontaires, on peut dire que l’action sociale obligatoire se voit enrichie de la protection judiciaire de la jeunesse.

Les fonds d’urgence

La loi du 13 août 2004 « Libertés et responsabilités locales » décentralise la gestion des Fonds de solidarité pour le logement, jusqu’alors cogérés par l'Etat et les départements, au profit des seuls départements.

L'extension de la compétence de ces fonds aux aides pour les impayés d'eau, d'énergie et de téléphone, qui sont actuellement attribuées par des fonds spécifiques, ainsi, à titre facultatif, qu'à certaines aides destinées à prendre en compte des surcoûts de gestion locative liés à l'occupation de logements par des personnes en difficulté, est prévue dans le cadre du Plan départemental d’action pour le logement des personnes défavorisées - PDALPD - (qui demeure cogéré par l’Etat et le département).

La santé

La loi de 1999 portant création de la couverture maladie universelle (CMU) a substitué celle-ci à l’aide médicale gratuite (AMG) gérée par les départements au titre de l’aide sociale. Les départements n’ont donc plus de compétence en matière d’aide sociale en la matière ; pour certaines populations étrangères ne pouvant être rattachées à la CMU, c’est l’Etat qui est compétent (aide médicale d’Etat).

Toutefois, le département peut être amené à favoriser l’accès aux soins des personnes démunies par diverses actions sanitaires par le biais de son service d’action sociale. Les activités de la PMI en faveur des « groupes vulnérables » constituent également un outil en ce domaine.

Par ailleurs, il faut noter que la loi du 13 août 2004 transfère du département à l’Etat la responsabilité des actions de lutte contre les grandes maladies (cancer, tuberculose …) afin de mettre fin à un dispositif jugé incohérent : par exemple, avant le 1er janvier 2005, la prévention contre les MST relevait du département alors que la lutte contre le VIH était du ressort de l’Etat (art. 71 de la loi).

- Les interventions des départements dans le domaine de l’aide sociale obligatoire [94]

En 2004, les dépenses brutes d’aide sociale des départements s’élèvent à 23,4 Mrds€ soit environ 65 % du budget de fonctionnement évalué à 36,8 milliards d’euros. Les dépenses

[94] Sauf indication contraire les données et commentaires ci dessous sont tirés des travaux de la DREES cités dans l’annexe 2 relative aux sources issues de la DREES.

«nettes»[95] d'aide sociale des départements s'élèvent quant à elles à plus 20 milliards d'euros pour l'ensemble de la France métropolitaine (21,5 Mrds€ avec les DOM),
Plus de 2 600 000 personnes ont bénéficié d'une aide, dont 1 084 000 allocataires du RMI.

Les dépenses d'aide sociale se répartissent en cinq principaux postes. Les quatre premiers postes sont l'aide sociale aux personnes âgées, l'aide sociale aux personnes handicapées, l'aide sociale à l'enfance, les dépenses afférant au RMI, qui forment les grandes catégories de politiques d'aide sociale départementale. Le dernier poste regroupe les services communs, les autres interventions sociales et les dépenses de personnel[96].

Les tableaux ci-dessous présentent la répartition des dépenses et des bénéficiaires entre les quatre politiques d'aide sociale départementale, qui correspondent à 92 % des dépenses totales. [97]

Tableau 23 : les dépenses d'aide sociale départementale en 2004 (DREES)

	Dépenses	**Part dans l'ensemble**
AIDE AUX PERSONNES ÂGÉES	**5 738 629 576**	**28,6%**
AIDE AUX PERSONNES HANDICAPÉES	**3 742 526 701**	**18,6%**
AIDE SOCIALE Á L'ENFANCE	**5 116 885 340**	**25,5%**
REVENU MINIMUM D'INSERTION	**5 482 352 316**	**27,3%**
TOTAL	**20 080 393 932**	**100,0%**

Dépenses brutes
Champ : France métropolitain

Tableau 24 : les bénéficiaires de l'aide sociale départementale au 31 décembre 2004. (DREES)

	Effectifs	**Part dans l'ensemble**
AIDE AUX PERSONNES ÂGÉES	**1 020 015**	**39,2%**
AIDE AUX PERSONNES HANDICAPÉES	**229 340**	**8,8%**
AIDE SOCIALE Á L'ENFANCE	**268 812**	**10,3%**
REVENU MINIMUM D'INSERTION	**1 083 880**	**41,7%**
TOTAL	**2 602 047**	**100,0%**

Champ : France métropolitaine

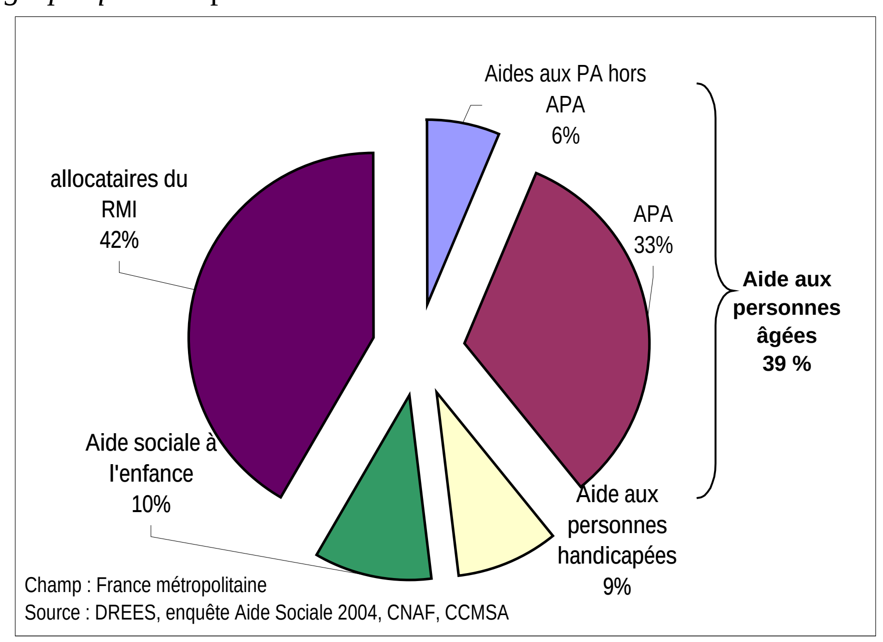
Note : L'enquête de la Drees comptabilise des mesures d'aide et non des individus. Pour l'aide sociale traditionnelle, une même personne peut être comptabilisée plusieurs fois si elle bénéficie de plusieurs aides. Pour le RMI, seuls les allocataires sont dénombrés, l'ensemble des personnes couvertes par le RMI (ayants droit) étant de l'ordre du double. Ceux-ci sont pris en charge par l'Etat jusqu'en 2003, puis par les conseils généraux à partir de 2004.

---

[95] Les dépenses nettes sont les dépenses une fois pris en compte les recouvrements et récupérations.
[96] Les dépenses de personnel inclus dans les autres dépenses sont les dépenses de personnel du conseil général pour les politiques à destination des personnes âgées, des personnes handicapées, et pour l'aide sociale à l'enfance, y compris les dépenses de personnel mis à disposition dans les organismes conventionnés payés par le CG. Les dépenses de personnel pour le RMI sont inclus dans les dépenses de RMI.
[97] On trouvera en annexe 8 un tableau faisant apparaître pour chaque type de prestations relevant de l'aide sociale légale le nombre total de bénéficiaires et le montant total des dépenses en France métropolitaine en 2004 : tableau élaboré par la DREES à la demande de la mission à partir des données figurant dans *Etudes et résultats* n° 428, septembre 2005.

Le graphe ci dessous représente la répartition des bénéficiaires entre les 4 catégories d'aide sociale au 31 décembre 2004**.**

graphique 1 : répartition des bénéficiaires de l'aide sociale en 2004



L'aide sociale à l'insertion des allocataires du RMI [98]

En France métropolitaine, les dépenses nettes liées au RMI s'élèvent en 2004 à 5,4 milliards d'euros (dépenses d'insertion et d'allocation). Le montant des allocations du RMI y contribue à hauteur de 4,7 milliards d'euros[99]. Les charges nettes d'insertion, y compris en frais de personnel mais hors RMA, s'élèvent quant à elles à 757 millions d'euros, ce qui équivaut à 16 % du montant des allocations versées.

Tableau 25 *:* l'aide aux allocataires du RMI en 2004. (Source : DREES[100])

	Bénéficiaires au 31/12/2004	Dépenses nettes en Mrds€
Aides à l'insertion	Non connu	0,76
Allocation RMI	1 084 000	4,7
TOTAL		5,4

[98] Source : complément statistique pour le suivi des allocataires du RMI établi à partir des données de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF et MSA).
[99] Le montant du Rma représente 589 000 euros. Il est à noter que certains départements ayant signé des conventions CI-RMA n'ont pas comptabilisé les dépenses liées au CI-RMA dans la rubrique prévue par la nomenclature comptable des départements. Il est possible que ces départements les aient comptabilisées en dépenses d'insertion.
[100] *Études et Résultats* n° 453 décembre 2005.

L’aide sociale à l’enfance[101]

La répartition globale des dépenses et des bénéficaires de l’aide sociale à l’enfance en fonction des types de mesure est présentée dans les tableaux et dans le schéma ci-dessous.

Tableau 26 : dépenses brutes d’ASE en 2004 (Métropole)

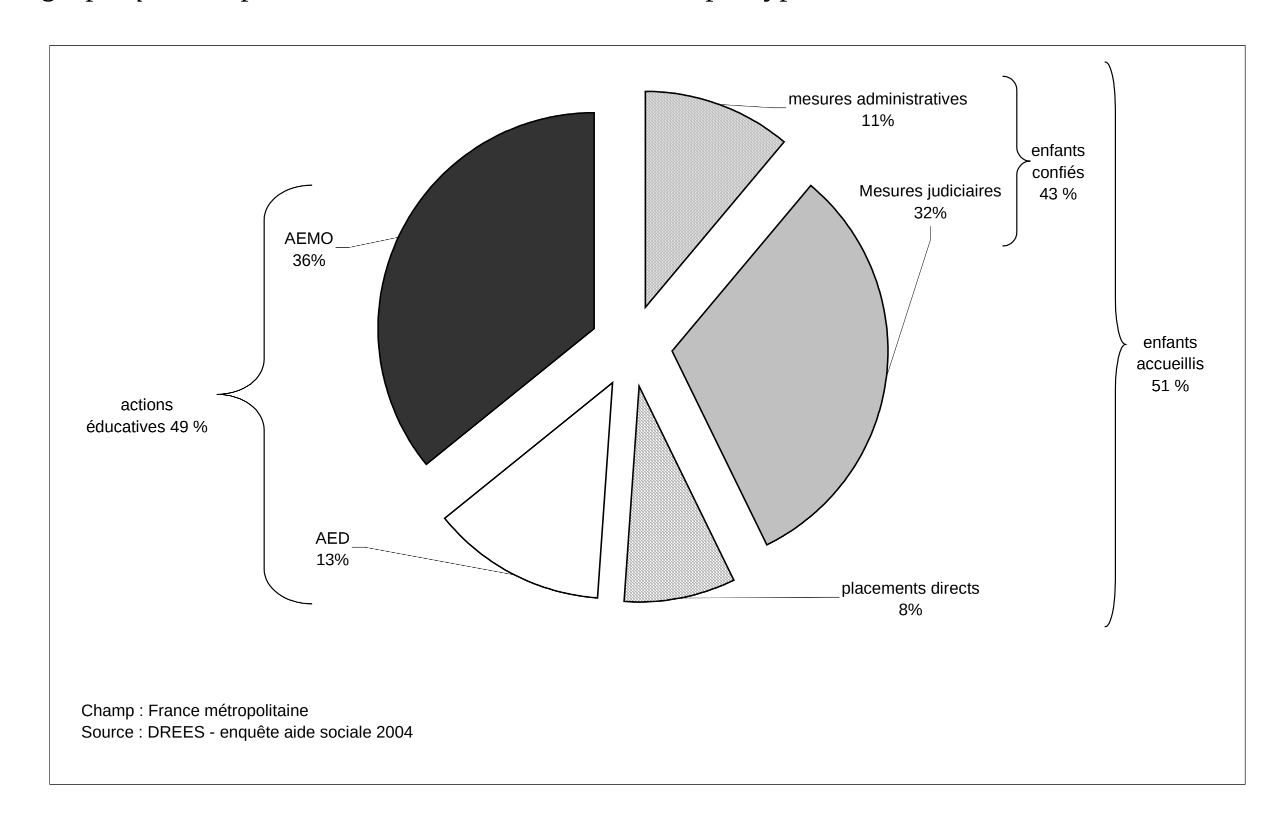
	Dépenses (en milliers d’auros)	Répartition en % des dépenses ASE
AIDE SOCIALE Á L'ENFANCE	**5 116 885 340**	**100,0%**
Enfants accueillis à l'ASE	**3 900 014 211**	**76,2%**
Actions éducatives (AEMO et AED)	**330 706 093**	**6,5%**
Autres dépenses d'ASE (dont allocations, prévention spécialisée)	**886 165 036**	**17,3%**

Tableau 27 : les bénéficiaires de l’ASE en 2004 (France métropolitaine)

	Nombre de bénéficiaires	Répartition en % des bénéficiaires ASE
AIDE SOCIALE Á L'ENFANCE	**268 812**	**100,0%**
Enfants accueillis à l'ASE	**137 085**	**51,0%**
Enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance	115 345	42,9%
Placements directs par un juge	21 740	8,1%
Actions éducatives	**131 727**	**49,0%**
Actions éducatives à domicile (AED)	35 514	13,2%
Actions éducatives en milieu ouvert (AEMO)	96 213	35,8%

[101] Les tableaux relatifs aux dépenses et aux bénéficiaires de l’aide sociale départementale aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à l’enfance figurant ci après ont été réalisé par la DREES à la demande de l’IGAS.

graphique 2: répartition des bénéficiaires de l'ASE par type de mesure en 2004



<u>Les mesures de placement hors de la famille représentent 51 % des aides et plus de 76 % des dépenses</u>

Au 31 décembre 2004, 137 000 enfants étaient placés à l'ASE, dont 21 740 en placement direct par le juge. Parmi les enfants confiés à l'ASE, la part des enfants confiés au titre d'une mesure judiciaire reste prépondérante (74 %) par rapport à celle des enfants confiés suite à une mesure administrative (26 %).

Le nombre d'enfants confiés à l'ASE au titre d'une mesure judiciaire augmente de façon un peu plus soutenue en 2004 qu'au cours des années précédentes. Cette évolution résulte essentiellement de la hausse des placements indirects par le juge (92 % des mesures judiciaires ; les 8 % restants sont constitués des tutelles d'État déférées à l'ASE, des délégations d'autorité parentale et des retraits partiels de l'autorité parentale).

Le nombre d'enfants bénéficiant de mesures administratives augmente de 4 % entre 2003 et 2004, à un rythme presque deux fois plus rapide qu'entre 2002 et 2003. Les accueils provisoires de mineurs ou de jeunes majeurs, qui correspondent à des placements à la demande ou en accord avec les parents, représentent plus de 90 % des mesures administratives ; les 10 % restant correspondent à des pupilles de l'État. Les accueils provisoires diminuent en 2004 de 1 % pour les mineurs, alors qu'ils augmentent de 10 % pour les jeunes majeurs. Pour ces derniers, l'augmentation des accueils provisoires confirme l'évolution observée en 2003, après un tassement entre 2000 et 2002 .

Enfin, distincts des mesures administratives et judiciaires, les placements directs par le juge (21 800) diminuent d'environ 3 % par rapport à 2003, dans la tendance des années précédentes.

<u>L'action éducative pour des enfants restant dans leur famille représente 49 % des aides et 6 % des dépenses .</u>

Les actions éducatives (96 300 bénéficiaires) sont pour l'essentiel des actions éducatives en milieu ouvert (AEMO) - 73 % de l'ensemble des actions éducatives (96 300 bénéficiaires). Les AED, quoique moins nombreuses (35 500), sont en plus forte progression entre 2001 et 2004 (plus de 12%).

L'aide sociale aux personnes âgées

Tableau 28 : dépenses brutes d'aide sociale aux personnes âgées des départements (Métropole, 2004)

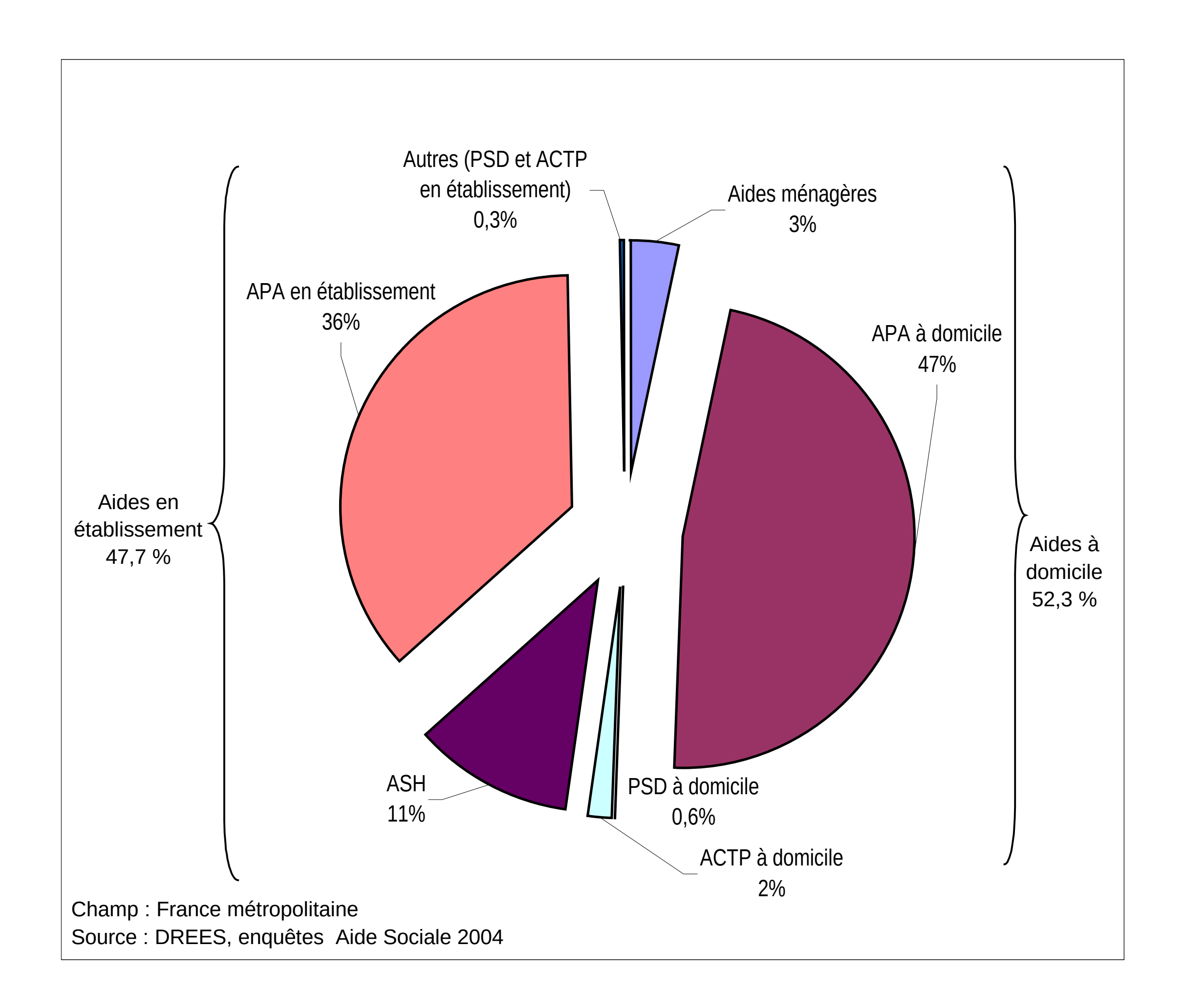
	Dépenses (en milliers d'euros)	**Répartition en % des dépenses ASPA**
AIDE AUX PERSONNES ÂGÉES	**5 738 629 576**	**100%**
Aides aux personnes âgées à domicile	**2 556 029 100**	**44,5%**
Aides ménagères	122 538 462	2,1%
Allocation personnalisée d'autonomie	2 330 708 458	40,6%
Allocation compensatrice pour tierce personne des 60 ans ou plus	102 782 179	1,8%
Aides aux personnes âgées en établissement ou en famille d'accueil	**3 037 736 828**	**52,9%**
Accueil en établissement au titre de l'ASH	1 792 425 019	31,2%
Accueil chez des particuliers	6 045 827	0,1%
Allocation personnalisée d'autonomie	1 239 265 982	21,6%
Autres dépenses	**144 863 648**	2,5%
Total Allocation personnalisée d'autonomie*	*3 569 974 440*	*62,2%*

* le total des dépenses APA incluant les dépenses de service commun liées à l'APA s'élève à 3 584 306 732€.

Tableau 29 : bénéficiaires de l'aide sociale aux personnes âgées des départements (Métropole, 2004)

	Nombre de bénéficiaires	**Répartition en % des bénéficiaires PA**
AIDE AUX PERSONNES ÂGÉES	**1 020 015**	**100%**
Aides à domicile	**533 989**	**52,4%**
Aides ménagères	32 953	3,2%
Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	483 817	47,4%
Prestation spécifique dépendance (PSD)	129	0,0%
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)des 60 ans ou plus	17 090	1,7%
Aides en établissement	**486 026**	**47,6%**
Accueil en établissement au titre de l'ASH	112 611	11,0%
Accueil chez des particuliers	1 049	0,1%
Allocation personnalisée d'autonomie	370 665	36,3%
Prestation spécifique dépendance	28	0,0%
Allocation compensatrice pour tierce personne des 60 ans ou plus	1 673	0,2%
Total APA	*854 482*	*83,8%*
Total PSD	*157*	*0,0%*
Total ACTP pour les personnes de 60 ans ou plus	*18 763*	*1,8%*

graphique 3 : répartition des bénéficiaires de l'aide sociale aux personnes âgées par type de mesure en 2004



<u>Qu'elle intervienne à domicile ou en établissement, la prise en charge de la dépendance des personnes âgées a été profondément modifiée depuis la mise en œuvre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) début 2002 .</u>

Fin 2004, la prestation spécifique dépendance (PSD) créée en 1997, qui avait vocation à disparaître avec la mise en œuvre de l'APA concernait moins de 200 bénéficiaires.

Prés de 20 000 personnes percevaient l'allocation compensatrice tierce personne (ACTP)
Versée à plus de 850 000 personnes, l'APA représentait près de 98 % de l'ensemble de ces trois aides à la dépendance (PSD, ACTP, APA) et 64% du total des dépenses d'aide sociale pour les personnes âgées.

<u>L'aide à domicile concerne plus de 52 % des bénéficiaires et représente plus de 44 % des dépenses.</u>

La politique de soutien à domicile des personnes âgées vise à leur permettre de rester chez elles, même si elles ne peuvent accomplir seules certains actes de la vie quotidienne. Dans ce cadre, l'aide sociale aux personnes âgées permet la prise en charge financière d'une tierce personne, sous la forme de deux catégories de prestations :

- les prestations « dépendance » citées ci dessus

Ainsi, 90 % des dépenses de l'APA à domicile sont mobilisées pour financer le recours à un « aidant professionnel » dans le cadre de services dits « prestataires » ou de « services mandataires »[102].

- les aides ménagères

L'aide ménagère départementale a bénéficié en 2004 à 33 000 personnes âgées .Depuis le milieu des années 1980 on constate une diminution continue du nombre de bénéficiaires de cette aide, en raison principalement de l'élévation du niveau de vie des personnes âgées et de l'ouverture de l'APA à un public plus large (personnes classées en GIR 4[103])).

L'aide en établissement ou par des particuliers concerne moins de 48 % des bénéficiaires et représente 53 % des dépenses

Lorsqu'elles ne peuvent rester à leur domicile, les personnes âgées peuvent bénéficier d'une prise en charge par l'aide sociale au titre du placement chez des particuliers (placement familial) ou dans un établissement d'hébergement médico-social ou sanitaire (soins de longue durée) public ou privé. Cette aide peut prendre plusieurs formes :

- Elle peut servir à acquitter tout ou partie du tarif dépendance de l'établissement.

Il s'agit désormais principalement de l'APA versée à plus de 370 000 personnes de 60 ans ou plus résidant en établissement (soit 43% des bénéficiaires de l'APA).

- elle peut permettre de prendre en charge tout ou partie des frais de séjour par le versement d'une aide sociale à l'hébergement (ASH)

Près de 113 000 personnes âgées bénéficient de l'aide sociale à l'hébergement (ASH) au titre d'un hébergement en établissement. L'ASH connaît une tendance à la diminution, de plus de 15 % au cours des dix dernières années, en raison de l'élévation du niveau de vie global des personnes âgées.

Parmi ces personnes âgées bénéficiaires de l'ASH, près de 80% bénéficient d'une prise en charge complète (hébergement et restauration) en maison de retraite, hospice ou logement foyer, plus de 15 % sont accueillies en unité de soins de longue durée et moins de 3% bénéficient d'une prise en charge de leurs loyers et charges locatives en logement foyer.

- elle peut prendre la forme d'une allocation de placement familial au particulier ou à la famille d'accueil agréé qui reçoit la personne âgée

[102] Les 10 % restant servent pour moitié à prendre en charge différentes aides à l'autonomie des personnes âgées (aides techniques, portage de repas, téléalarme, incontinence, transport…) et pour l'autre moitié à l'accueil temporaire ou de jour en établissement ainsi qu'à des mesures comme la prise en charge de l'allocation différentielle destinée à garantir les droits acquis.

[103] Les 6 groupes iso ressources vont du GIR 1 qui correspond au degré de dépendance le plus élevé au GIR 6 qui correspond aux personnes âgées n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante.

1 000 personnes âgées prises en charge par l'aide sociale étaient placées chez des particuliers en 2004 à titre onéreux et régulier.

L'aide sociale aux personnes handicapées[104]

Tableau 30: dépenses brutes d'aide sociale aux personnes handicapées des départements (Métropole, 2004)

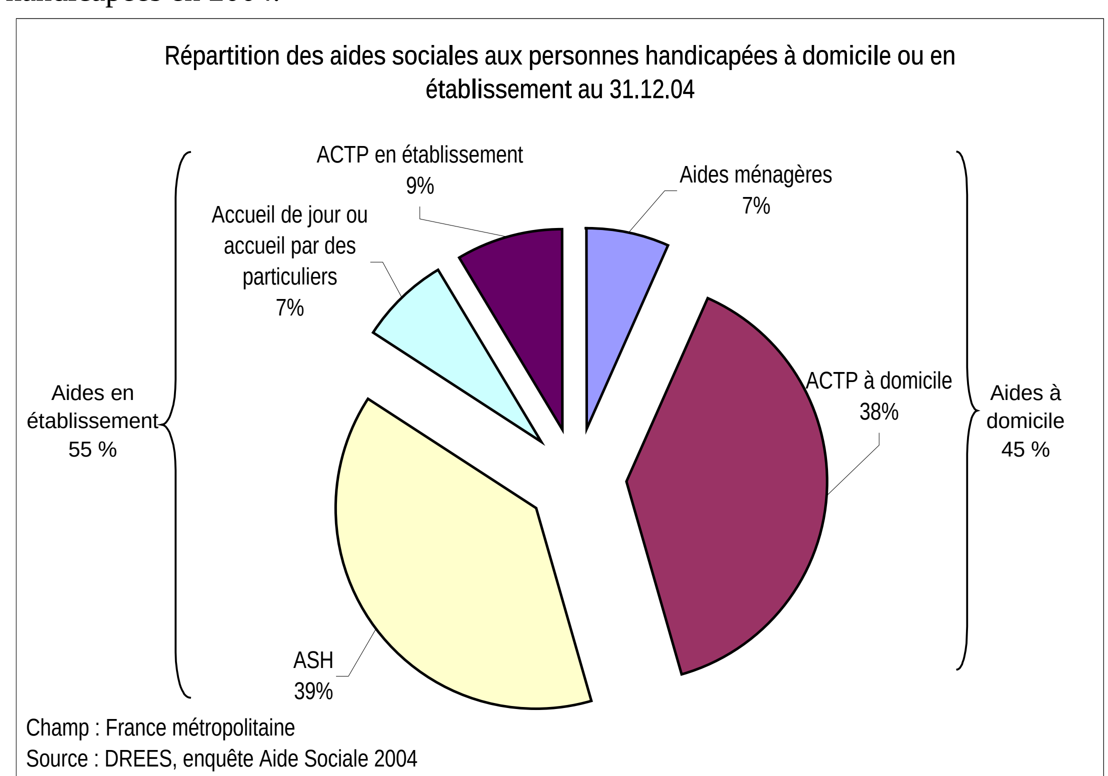
	Dépenses en milliers d'euros	**Répartition en % des dépenses d'aide sociale aux PH**
AIDE AUX PERSONNES HANDICAPÉES	**3 742 526 701**	**100,0%**
Aides aux personnes handicapées à domicile	**618 845 691**	**16,5%**
Aides ménagères et auxiliaires de vie	34 012 691	0,9%
Allocation compensatrice pour tierce personne des moins de 60 ans	584 833 000	15,6%
Aides aux personnes handicapées en établissement	**3 065 909 241**	**81,9%**
Accueil en établissement	2 883 570 757	77,0%
Accueil chez des particuliers	24 527 675	0,7%
Autres types d'accueil	157 810 809	4,2%
Autres dépenses	**57 771 769**	**1,5%**

Tableau 31: bénéficiaires de l'aide sociale aux personnes handicapées des départements (Métropole, 2004)

	Nombre d bénéficiaires	**Répartition en % des bénéficiaires PH**
AIDE AUX PERSONNES HANDICAPÉES	**229 340**	**100,0%**
Aides aux personnes handicapées à domicile	**104 406**	**45,5%**
Aides ménagères et auxiliaires de vie	15 097	6,6%
Allocation compensatrice pour tierce personne des moins de 60 ans (*)	89 309	38,9%
Aides aux personnes handicapées en établissement	**124 934**	**54,5%**
Accueil en établissement	88 550	38,6%
Accueil chez des particuliers	3 909	1,7%
Accueil de jour	12 962	5,7%
Allocation compensatrice pour tierce personne des moins de 60 ans	19 513	8,5%
Total Allocation compensatrice pour tierce personne des moins de 60 ans	*108 822*	*47,5%*

[104] Il s'agit ici des adultes handicapés. Les aides aux enfants handicapées sont prises en charge par l'Etat

graphique 4 : répartition des bénéficiaires relevant de l'aide sociale aux personnes handicapées en 2004.



<u>Qu'elle réside à domicile ou en établissement, près d'une personne handicapée sur deux aidée l'est par le biais d'une allocation compensatrice pour tierce personne en 2004.</u>

L'ACTP était accordée à toute personne handicapée dont l'état nécessitait l'aide effective d'une tierce personne pour les actes essentiels de l'existence ou qui se voyait imposer des frais supplémentaires liés au handicap dans le cadre de l'exercice d'une activité professionnelle (prise en charge de frais de transport, d'achat ou d'aménagement de matériel, de locaux, de véhicule…)[105]. La majeure partie des bénéficiaires de l'ACTP (89 000 personnes soit 80 %) étaient des personnes vivant à domicile. La loi du 11 février 2005 a remplacé le dispositif de l'allocation compensatrice par celui de la prestation de compensation du handicap (PCH), en vigueur au 1er janvier 2006[106].

<u>L'aide à domicile représente moins de 46 % des bénéficiaires et 16 % des dépenses</u>

En 2004 l'ACTP a été versée à près de 90 000 personnes sur les 105 000 bénéficiaires d'une aide à domicile.

[105]. La DREES estime entre 3,5 % à 4 % la part des personnes handicapées ayant une activité professionnelle et bénéficiaires de cette ACTP en 2003, soit entre 3 500 et 4 000 personnes.

[106] Cependant, les personnes admises au bénéfice de l'ACTP avant cette date pourront continuer à la percevoir, tant qu'elles en rempliront les conditions d'attribution et qu'elles en exprimeront le choix, à chaque renouvellement des droits.

Outre l'ACTP, de nombreux services sont offerts aux personnes handicapées : services polyvalents, services d'accompagnement, etc[107].

15 000 adultes handicapés ont ainsi bénéficié d'une aide ménagère ou d'une auxiliaire de vie. Ce chiffre ne représente que 7 % de l'aide sociale aux personnes handicapées à domicile ou en établissements prise en charge par les départements, mais le nombre de bénéficiaires a presque doublé depuis 1994, et augmente encore de 4 % en 2004.

L'accueil en établissement ou par des particuliers représente plus de 54 % des bénéficiaires, et 82 % des dépenses.

Les adultes handicapés, qui ne peuvent être maintenus dans un milieu ordinaire de vie, peuvent bénéficier d'une prise en charge départementale en établissement médico-social avec ou sans hébergement, ou d'une prise en charge dans le cadre d'un placement chez des particuliers.

En 2004, le nombre de bénéficiaires de ce type d'aide s'accroît de 6 % par rapport à 2003.

Le nombre de bénéficiaires accueillis dans les établissements[108], au titre de l'aide sociale à l'hébergement est en augmentation régulière depuis 1994 : 88 600 en 2004 contre 74 300 en 1994, soit une hausse de 20% en dix ans. Au 31 décembre 2004, 36 700 adultes handicapés bénéficiaires d'une aide sociale sont en foyers d'hébergement, 34 600 sont accueillis en foyers occupationnels, 8 600 vivent en maisons de retraite, hospices ou unités de soins de longue durée et 8 700 résident en foyers d'accueil médicalisé pour adultes lourdement handicapés.

En outre, 16 % des bénéficiaires des aides en établissement (19 500 personnes) sont bénéficiaires de l'ACTP en établissement en 2004 - proportion inchangée par rapport à 2003.

Les solutions alternatives à l'hébergement en établissement, tels l'accueil de jour ou le placement familial, bien qu'en développement, ne concernent en 2004 que 14 % des bénéficiaires pris en charge hors du domicile.

- Les interventions du département en matière d'aide sociale non obligatoire

L'aide sociale non obligatoire regroupe les aides « extralégales » (prestations légales accordées selon des conditions et des montants plus favorables que ceux prévus par les lois et règlements) et l'action sociale facultative (actions ou prestations mises en place suite à l'initiative du conseil général) (cf. partie 2 consacrée aux notions relatives à la protection sociale).

La mission a relevé les traits les plus marquants issus de l'enquête de la DREES (réponses de 44 départements)[109].

---

[107] art. D. 312-1 et s. du CASF

[108] Les établissements d'accueil et d'hébergement pour adultes handicapés financés partiellement ou totalement par l'aide sociale sont de trois types : les foyers d'hébergement, les foyers occupationnels et les foyers d'accueil médicalisé.

[109] Cf annexe 2 sur les sources DREES.

Les actions en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées

La quasi-totalité des départements mènent des actions auprès deux catégories de publics-cibles de l'aide légale que sont les personnes âgées et les personnes handicapées.

Parmi les aides destinées aux personnes âgées , sont le plus souvent citées : la téléalarme ou télé assistance , l'aménagement du logement et l'acquisition d'aides techniques, le portage de repas à domicile ou l'aide aux déplacements et aux transports. L'attribution des ces aides est généralement encadrée par des conditions d'âge et de ressources au demeurant variables selon les départements.

Les aides destinées aux personnes handicapées regroupent le plus souvent, comme pour les personnes âgées, l'adaptation de l'habitat, l'aide aux déplacements et aux transports et, dans une moindre mesure, la téléalarme et le portage de repas. Des aides plus spécifiques sont également proposées, comme le partenariat avec des associations spécialisées pour favoriser la vie autonome à domicile ou un complément d'aide à l'allocation compensatrice pour tierce personne.

Les actions en faveur des personnes en difficulté sociale, des familles ou des jeunes

Les deux tiers des départements ayant répondu à l'enquête développent également des interventions auprès des personnes en difficulté sociale, des familles ou des jeunes.

Les aides destinées aux personnes en difficulté sociale

Les aides le plus souvent citées par les départements sont des secours aux personnes en situation de précarité. Il s'agit d'aides en espèces ou en nature comme la distribution de repas ou de colis alimentaires, le règlement de factures de gaz ou d'électricité, le versement d'aides exceptionnelles ou d'aides spécifiques aux personnes surendettées.

Certains départements consacrent les aides extralégales et facultatives à des actions dans trois domaines importants relevant de la politique de lutte contre les exclusions[110], en mettant en place des dispositifs pour les personnes menacées d'exclusion:

- en matière d'emploi, par des aides au transport, ou en matière d'insertion professionnelle, par des dispositifs complémentaires à ceux de l'Etat comme en 2002 des dispositifs emplois jeunes ;

- en matière de logement : aide à la pierre en faveur du logement social, subventions aux organismes HLM ou aux communes pour la création de logements locatifs ;

- dans le domaine de la santé : les départements développent des aides permettant l'accès aux soins des personnes les plus défavorisées, en particulier en vue de compléter le dispositif de la CMU, comme le souligne l'encadré ci-dessous.

---

[110] En la matière, l'action sociale des départements est donc complémentaire de celle développée par les communes qui sont généralement plus enclines à délivrer des prestations relevant de l'urgence sociale (services d'accueil d'urgence, logements d'urgence, banques alimentaires...).

encadré 2 : Les aides des départements destinées à favoriser l'accès aux soins de personnes non admises à la couverture maladie universelle en 2002

En 2004, 34 départements sur les 79 ayant répondu à l'enquête annuelle de la DREES sur ce sujet (soit 43 %) ont indiqué avoir mis en place une aide en faveur des personnes ne bénéficiant pas de la CMU.
Cette aide est destinée à financer tout ou partie d'une couverture complémentaire mutualiste ou dans une moindre mesure à prendre en charge des dépenses ponctuelles de soins ou des frais médicaux de type prothèses ou soins dentaires.
Les actions des départements se sont centrées autour de quatre publics prioritaires :

- les personnes âgées et les personnes handicapées hébergées au titre de l'aide sociale en établissement;
- les anciens bénéficiaires de l'aide médicale
- les personnes ne bénéficiant plus de la CMU ou personnes isolées, par exemple des allocataires du RMI
- les jeunes souhaitant garder l'anonymat et les minseurs pris en charge au titre de l'ASE.

À signaler que 9 départements déclarent avoir négocié en 2004 des tarifs préférentiels avec les mutuelles pour des cotisations ou des remboursements de frais médicaux tels que définis dans le panier de soins de la CMU complémentaire.

Source : DREES

Les aides destinées aux familles

On peut distinguer deux catégories d'aides aux familles :

- Des aides aux structures d'accueil de la petite enfance : subventions pour le fonctionnement des crèches collectives, des haltes-garderies, des jardins d'enfants ou des centres de loisirs sans hébergement (CLSH). Ces aides qui ont pour objet de diminuer les charges des familles se situent dans un registre d'action partagé avec les prestations familiales.

- Des actions de soutien à la parentalité : versement de subventions à des associations chargées d'organiser des médiations familiales ; organisation de points de rencontre parents-enfants pour permettre l'exercice du droit de visite dans un lieu neutre, et permettre le maintien des relations parents- enfants au sein des familles séparées. Ces aides se situent plutôt dans le prolongement d'un volet de l'aide social légale à l'enfance.

Les aides destinées aux jeunes

Le registre d'intervention en la matière est diversifié :

- politique de formation et éducation : aide financière, prêt d'honneur ou prise en charge des intérêts bancaires d'un prêt étudiant ;

- politique de la famille : soutien aux structures assurant des séjours en centres de vacances et, ce, souvent en partenariat avec les caisses d'allocations familiales ;

- insertion professionnelle des jeunes : dispositifs emploi jeunes complémentaires à celui de l'État (en 2002), fonds d'appui à l'insertion complétant le Fonds d'aide aux jeunes (FAJ) réservé aux moins de 25 ans , allocations complémentaires de ressources versées aux

jeunes ayant entrepris une démarche d'insertion sociale et professionnelle, soutiens financiers aux foyers de jeunes travailleurs aides financières pour une maison de la formation ou de l'information … ;

- politique de protection de l'enfance : aide financière aux jeunes majeurs sortis du dispositif ASE, versement d'une indemnité journalière aux tiers dignes de confiance qui accueillent des enfants placés par le juge, versement d'un complément au montant journalier légal versé aux assistantes maternelles à titre permanent, action préventive et ponctuelle de soutien ou d'accompagnement des familles…

1.4.1.2 Observations de la mission sur l'action du département

Au vu de ces éléments de repérage sur le rôle du département en matière d'aide et d'action sociales, la mission formule deux séries d'observations utiles dans la perspective d'une cartographie des interventions du département: la première souligne la diversité des actions menées, à tous points de vue; la seconde propose des thèmes de réflexion à approfondir.

- La diversité des interventions des départements

Cette diversité peut s'observer à différents points de vue.

La diversité des formes juridiques

Si le distinguo est clair entre le régime juridique de l'aide sociale légale et extralégale d'une part, et de l'action sociale obligatoire ou facultative d'autre part, il ce n'est pas aisé dans la réalité de rattacher individuellement chaque action à une de ces catégories d'aide.

Selon la DREES, nombre de données comptables recueillies auprès des départements relatifs à l'aide obligatoire retracent des dépenses relevant en fait des aides non obligatoires.

Il reste que parmi les aides inventoriées ci-dessus, il est possible de repérer la plus ou moins grande proximité avec l'aide légale.

Certaines aides se situent ainsi clairement dans le cadre de l'aide extralégale :

- des prestations complétant les prestations légales, ou dont le niveau d'intervention financière va au-delà des exigences réglementaires. Par exemple, une prestation complémentaire à l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP[111]) à domicile pour les personnes handicapées peut facilement être rattachée à l'aide extralégale : elle permet à certains départements de compléter l'aide légale lorsque celle-ci est jugée insuffisante pour couvrir les besoins essentiels de l'existence de la personne. La prestation peut prendre la forme d'une prestation subsidiaire ou d'une aide en nature sous forme d'heures de services d'auxiliaire de vie.
- des prestations légales, mais offertes pour des personnes dépassant le revenu réglementaire.

Sans constituer des aides extralégales, certaines aides se situent « *dans le prolongement des aides légales* » telles les aides à la protection de l'enfance citées ci-dessus : aide financière

[111] prestation aujourd'hui supprimée et remplacée par la PCH.

aux jeunes majeurs sortis du dispositif ASE, indemnité journalière aux tiers dignes de confiance…etc…

Enfin, les aides entrant dans le domaine de la politique de l'emploi ou de la santé mentionnées plus haut ne sont pas rattachables de façon évidente à l'aide sociale obligatoire .

La diversité des types d'aides

Par exemple, pour les seules personnes âgées, on peut inventorier :

- des prestations en espèces :

• aides obligatoires (APA, ACTP, PSD, ASH, aides permettant de recourir aux aides ménagères).
• prise en charge des frais d'obsèques et autres aides financières en matière de succession: suppression de l'obligation alimentaire à l'encontre des petits-enfants et du recours sur succession pour toutes les aides à domicile sauf hébergement temporaire ;
• allocation cécité pour les personnes atteintes ne pouvant prétendre à la PSD ;
• allocation aux enfants ou petits-enfants vivant avec leur(s) ascendant(s) ;
• remboursement des frais téléphoniques (taxe de branchement et moitié de l'abonnement) ;
• prise en charge de frais de gestion de tutelle…

- des aides en nature. Dans cette catégorie on peut ranger les prestations de services offertes par :

• les établissements : maison de retraite, hospice ou logement foyer, formules d'accueil temporaire ou de jour en établissement
• les « aidants professionnels », services dits prestataires ou services mandataires
• les différentes aides à l'autonomie : portage de repas, téléalarme, aides contre l'incontinence, aides au transport…
• le diagnostic logement lié à la mise en œuvre de l'APA
• un numéro d'informations téléphoniques ;

La diversité des modes de gestion adoptés

Pour la mise en œuvre des actions non obligatoires, les départements peuvent choisir entre deux options :
- privilégier une mise en œuvre des actions en développant leurs moyens propres;
- ou bien contractualiser avec les associations.

La contractualisation avec les associations a pour objectif de s'appuyer sur leur connaissance des besoins, leur capacité d'innovation et leur savoir-faire. Les associations disposent ainsi souvent de ressources pour se rendre indispensables (connaissance du terrain, spécialisation dans une activité pointue).

Cette situation n'est pas sans risques. En effet, une association qui se voit confier une mission dans le cadre d'un dispositif dispose d'un socle de légitimité pour étendre son action et d'une quasi-rente de situation. Certaines associations peuvent également devenir des membres plus ou moins officiels du cercle des institutions où se négocie la politique d'action sociale locale. En matière d'évaluation des besoins, le fait de s'appuyer trop exclusivement sur des

associations peut également être problématique puisque les associations ont plutôt intérêt à diagnostiquer les problèmes en fonction des solutions qu'elles ont à proposer.

La diversité des domaines d'intervention

Les aides non obligatoires vont bien au-delà des champs traditionnels de l'aide sociale légale et s'étendent à des domaines propres aux grandes politiques sectorielles de l'emploi, du logement, de la santé, de l'éducation, des transports, ou de l'action socioculturelle…

- Pistes de réflexion complémentaires

La mission a jugé que diverses pistes de réflexion pouvaient être explorées pour compléter cette analyse de l'aide et de l'action sociales des départements et qui faciliteraient une cartographie de leur intervention.

En matière d'aide sociale, une analyse complémentaire permettant de mettre en relief encore plus précisément sa diversité serait utile à la comparaison entre aide sociale légale, aide sociale facultative et aide sociale extralégale.

En second lieu, une analyse plus fine de la répartition des aides extralégales et facultatives selon leur degré de proximité avec l'aide sociale légale pourrait être engagée, pour préciser la description du continuum entre aides légale, extralégale et facultative. La détermination des montants financiers consacrés aux aides non légales serait dans ce cadre très précieuse.

Ces aperçus plus fins devraient permettre notamment :

- de mettre en lumière les perspectives d'innovation offertes par les interventions d'action sociale, alimentant la réflexion prospective ;

- de soulever des questions d'optimisation financière, les aides départementales pouvant apparaître comme le fruit d'un empilement de dispositifs légaux et facultatifs. L'approche partant du bénéficiaire premrettrait de relever le nombre et la diversité des aides dont il peut bénéficier (par exemple, s'agissant des aides financières supplémentaires pour les bénéficiaires du RMI : aides financières personnalisées dans le cadre de contrats d'insertion dans le cadre de fonds spécifiques, secours d'urgence, aides du Fonds Solidarité Logement, aides aux jeunes chômeurs, allocations mensuelles aux jeunes majeurs…)

- de mettre en lumière au-delà de ces seuls dispositifs départementaux l'importance de coordination avec d'autres acteurs, notamment s'agissant des aides non rattachables à des aides sociales légales, pour lesquels le département intervient le cas échéant en complément de ce qui est fait par d'autres acteurs (Etat, régions, communes, caisses de sécurité sociale).

Une monographie encore inédite de la DREES réalisée sur les pratiques de quelques départements permettra sans doute d'éclairer un certain nombre de ces questions.

1.4.2 La commune

Historiquement, la commune a constitué le cadre territorial d'organisation et de gestion de l'ancienne assistance publique, avant qu'une loi de 1934 fasse remonter la compétence de mise en œuvre des prestations légales à l'échelon départemental. Les compétences des communes demeurent toutefois importantes en matière d'aide et d'action sociales ; elles sont plus résiduelles en matière sanitaire.

En outre, il convient de souligner qu'à compétences identiques, les communes se différencient fortement en fonction de leur taille, les petites communes allant peu au-delà de leurs obligations légales quand les grandes communes développent des politiques d'action sociale parfois novatrices et de portée importante.

Cette fiche présentera brièvement les compétences de la commune s'agissant de l'aide sociale et de l'action sociales (1.4.2.1), puis les modalités de mise en œuvre de ces compétences (1.4.2.2). Un tableau général récapitule les principales actions menées par les communes (1.4.2.3).

Sont présentés enfin plusieurs éléments d'information plus détaillés issus des enquêtes de la DREES[112] (1.4.2.4):

- s'agissant des « grandes » communes : un tableau sur les interventions des communes de 5000 à 200 000 habitants, et un encadré sur leur budget d'action sociale (tableau n°33 et encadré n°5) ; et deux tableaux issus de monographies sur l'action sociale de 4 communes de 50 000 à 100 000 habitants (tableaux 34 et 35) ;
- s'agissant des « petites » communes : un tableau sur les interventions des communes de moins de 5000 habitants (tableau 36).

1.4.2.1 Le rôle des communes en matière d'aide et d'action sociales

Les compétences des communes sont réduites en matière d'aide sociale légale.

L'essentiel de ces compétences réside dans leur participation à la mise en œuvre de l'aide sociale départementale : les communes instruisent les dossiers d'aide sociale légale pour le compte des départements.

Il convient de noter en outre que la commune peut par convention « exercer directement des compétences qui, dans le domaine de l'action sociale, sont attribuées au département en vertu de l'article L. 121-1 » (art L. 121-6 du CASF). Du fait du caractère ambigu de la notion d'action sociale (cf. fiche n°2 sur les notions), cette possibilité pourrait également concerner des compétences en matière d'aide sociale.

La commune détient toutefois au-delà de l'aide sociale légale des compétences, obligatoires et facultatives, nombreuses, qui en font un échelon important de mise en œuvre de l'aide et de l'action sociales. L'encadré n°3 ci-dessous récapitule ces compétences.

---

[112] Cf. annexe 2 sur les sources DREES utilisées.

encadré 3: Les dispositions législatives relatives aux compétences facultatives et obligatoires des communes en matière d'aide sociale

La commune détient des compétences obligatoires qui sont listées dans le code de l'action sociale des familles, dans celui de la sécurité sociale et dans celui de la santé publique. Certaines de ces compétences sont partagées avec d'autres organisations, d'autres relèvent exclusivement de la compétence de la commune :

- l'instruction des demandes d'aide sociale parmi lesquelles les demandes relatives à l'aide à l'enfance, à l'aide médicale de l'État et à l'allocation de RMI.
- l'admission d'urgence des personnes âgées ou handicapées dans un établissement d'hébergement ou pour l'attribution d'une aide ménagère
- la domiciliation des personnes sans domicile fixe
- la présidence des établissements sociaux et médico-sociaux par le maire ou un représentant
- l'autorisation de création, extension ou transformation des établissements d'accueil des jeunes enfants,
- l'accueil et l'habitat des gens du voyage,
- la politique du logement locatif favorisant la mixité sociale[113],

Les codes de l'action sociale et des familles et de la sécurité sociale définissent aussi certaines compétences facultatives que les communes peuvent mettre en œuvre :

- la compétence générale en matière d'aide sociale par délégation du département, suite à convention entre le département et la commune,
- la compétence générale du CCAS de prévention et de développement social dans la commune qui peut intervenir sous forme de prestations et créer des établissements sociaux et médico-sociaux,
- le schéma pluriannuel de développement des services d'accueil des enfants de moins de six ans dans le cadre de l'accueil de la petite enfance,
- les actions en faveur des personnes âgées : création de foyers, mise en œuvre de l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA) par convention avec le département,
- en matière de logement, à titre transitoire, des personnes défavorisées,
- en matière de RMI, mise en œuvre du plan local d'insertion par délégation du département et suite à une convention entre le département et la commune, nomination des référents, élaboration et suivi des contrats d'insertion,
- contribution au FAJ et gestion du fonds par délégation du département après convention en matière d'aide aux jeunes en difficulté.

Source : Fatima Bellaredj, Olivier Drouard, Marie-Laure Pouchadon, Antoine Vérétout, Joël Zaffran, « l'action sociale facultative des communes - analyse comparée dans quatre communes », DREES, *Études et résultats*, à paraître.

[113] La loi du 13 août 2004 a ouvert en matière de logement la possibilité de diverses délégations de compétences de l'Etat vers les communes ou établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) : délégation du contingentement préfectoral de logements sociaux au maire ou au président de EPCI compétent en matière d'habitat ; délégation des aides à la pierre (aides à la construction, l'acquisition, réhabilitation et démolition des logements locatifs sociaux, aides en faveur de la rénovation de l'habitat privé, etc.) (cette délégation est également ouverte aux départements) ; délégation des compétences du préfet en matière de lutte contre l'insalubrité et le saturnisme dans les locaux à usage d'habitation (pour les communes disposant d'un service communal d'hygiène et de santé créé avant le 1er janvier 1984 et Paris uniquement) ; délégation aux EPCI de la prise en charge de la construction, de l'extension et la réhabilitation des locaux destinés au logement étudiant.

1.4.2.2 Les modalités de mise en œuvre des compétences des communes

L'action des communes dans le domaine social est mise en œuvre soit au travers de services publics qu'elle organise librement (en gestion directe ou déléguée), soit au travers d'une structure spécifique, les centres communaux (ou intercommunaux) d'action sociale (CCAS ou CIAS) qui, depuis la loi du 6 janvier 1986, ont remplacé les anciens bureaux d'aide sociale créés en 1953. Ces centres doivent **obligatoirement** être mis en place par les communes (article L. 123-4 du CASF). Certaines compétences définies par la loi ne peuvent donc être gérées que dans le cadre des CCAS. (cf. encadré n° 4 ci-dessous)

La loi n°2005-32 du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale a ajouté à la liste des compétences des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) « l'action sociale d'intérêt communautaire » ; les EPCI ont donc la possibilité d'instituer un CIAS. Le développement des CIAS pourrait renforcer le rôle de l'échelon intercommunal dans le domaine de l'action sociale[114].

L'attribution des aides facultatives dépend des conditions d'âge et de ressources définies par les communes. L'utilisation d'un barème officiel en la matière est très dépendant de la taille des communes. D'après les enquêtes de la DREES[115], moins de 5 % des communes entre 100 et 5000 habitants enquêtées ont mis en place un barème officiel, alors qu'elles sont quatre sur dix parmi les communes de 5000 à moins de 200 000 habitants, fondé le plus souvent sur des niveaux de ressources.

encadré 4: Les centres communaux d'action sociale

La première mission du CCAS réside dans la **participation à** l'instruction des demandes d'aide sociale : « Il participe à l'instruction des demandes d'aide sociale dans les conditions fixées par voie réglementaire. Il transmet les demandes dont l'instruction incombe à une autre autorité. L'établissement du dossier et sa transmission constituent une obligation (…). » (article L. 123-5 du CASF). Le CCAS n'a donc pas pour mission l'instruction proprement dite, qui relève des services du département ou de l'Etat : son intervention se borne à la réunion de toutes les informations nécessaires pour établir le dossier. Le CCAS doit recueillir tous les éléments permettant l'évaluation du besoin et fournit un avis, mais il n'a pas à se prononcer sur le bien fondé de la demande.

Au-delà, aux termes de l'article L. 123-5 du CASF, le CCAS « anime une action générale de prévention et de développement social dans la commune, en liaison étroite avec les institutions publiques et privées ». Il peut dans ce cadre développer les services les plus variés. De plus « le centre communal d'action sociale peut, le cas échéant, exercer les compétences que le département a confiées à la commune dans les conditions prévues par l'article L. 121-6 ».

Enfin, la loi du 2 janvier 2002 a confirmé la pleine capacité des CCAS pour créer et gérer directement, sous forme de services non personnalisés, l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux de l'article L. 312-1.

---

[114] Cf. Patrick Kanner, « l'avènement de l'intercommunalité sociale », in *L'année de l'action sociale 2006- le nouveau paysage de l'action sociale et médico-sociale*, Paris, Dunod, 2006.

[115] Cf. notamment *L'action sociale des communes de 100 à moins de 5000 habitants* Etudes et résultats n° 271, novembre 2003 ; et *L'action sociale des communes de 5000 à moins de 200 000 habitants*, Etudes et résultats n° 307, avril 2004.

Les enquêtes citées de la DREES sur l'action sociale des communes font apparaître les éléments suivants :

Petites communes et CCAS

Huit sur dix des petites communes (entre 100 et 5000 habitants) enquêtées sont dotées d'un Centre communal d'action sociale (CCAS). Les CCAS ont en charge dans près de 40 % des cas toute la politique d'action sociale de la commune. La moitié des communes, qui ont un CCAS, déclare avoir des services en commun avec ce dernier. Pour les autres municipalités, les services de la mairie sont en charge de l'action sociale.

Les communes de moins de 5 000 habitants ne font que très rarement (5%) partie d'un Centre intercommunal d'action sociale (CIAS). Plus de la moitié des communes dotées d'un CIAS ont aussi un CCAS. Plus de six communes sur dix dotées d'un CIAS ont transféré toutes leurs compétences du CCAS au CIAS.

Les ressources du CCAS proviennent notamment de subventions versées par la commune, des produits des prestations de services fournies par le CCAS, des remboursements des frais liés à l'établissement des dossiers de demande d'aides sociales légales, du tiers du produit des concessions de terrains dans les cimetières (décret n° 95-562 du 6 mai 1995, article 25).

Les résultats de l'enquête de la DREES indiquent que la part des recettes dans les ressources représentent 63 %, la part des transferts de la commune vers le CCAS 25 %, et la part des autres subventions 12%.

Grandes communes et CCAS.

Moins de trois communes sur dix confient toute leur politique d'action sociale au CCAS. Les municipalités de 25 000 à moins de 200 000 habitants sont les plus nombreuses à conserver en direct la gestion d'une partie de leur action sociale (85 % d'entre elles).

Seules 2% des communes enquêtées déclarent qu'elles font partie d'un centre intercommunal d'action sociale.

Dans près de sept communes sur dix, le CCAS et la commune partagent des services en commun. Ce sont plutôt les communes de 5 000 à moins de 10 000 habitants qui s'organisent de cette façon. Les services les plus souvent concernés par cette mise en commun sont la paie, la comptabilité et les achats et la gestion du matériel.

Un guichet d'accueil unique peut être mis en place dans les CCAS dans le but de faciliter les démarches des personnes demandant à bénéficier de prestations (trois communes sur dix).

Source : encadré établi par l'IGAS à partir des enquêtes DREES

1.4.2.3 Tableau résumé des actions menées par les communes selon leur taille

La France comptait 36 679 communes au 1er janvier 1999 (dont 36 565 en métropole). Ni les problèmes sociaux , ni les politiques des municipalités, ni leurs moyens ne sont semblables. Les travaux de la DREES permettent de tracer un profil de l'action sociale des communes en fonction de la taille des communes. Ils sont résumés dans le tableau ci après.

Tableau 32 : les actions menées par les communes selon leur taille

	Les communes de 100 à moins de 5000 habitants		**Les communes de 5000 à 200 000 habitants**	
Source :	Etudes et résultats n°271, novembre 2003		Etudes et résultats n°307, avril 2004	
nombre de communes	*30 800*		*1900 communes : 5% du total*	
% de la population française	*40%*		*53 %*	
Nombre de communes interrogées	*1129*			
Taux de réponse	*90%*		*42%*	
% ayant une action sociale	84		100	
% ayant un CCAS	66		Non disponible	
	Part des communes réalisant les actions	**Actions les plus répandues** (en % des communes concernées parmi celles développant une action sociale)	**Part des communes réalisant les actions**	**Actions les plus répandues** (impact en % de la population)
Actions pour les personnes âgées	93 %	Colis de Noël(53),repas de Noël (40)	100 %	Portage repas (78) ; foyer logement (65) , service aide ménagère (60)
Actions pour les personnes en difficulté sociale	51 %	Bons alimentaires (20) Secours en argent (14) impayés (14)	100 %	Des services plus que de l'accueil : impayés eau (58) ; prêts avances remboursables(58)
Actions pour les enfants et les familles	45 %	Jouets (16) ; tarifs accès colonies (10) ; tarif cantine(9)	100 %	Crèches, haltes garderies, garderies(74)
Actions pour les personnes handicapées	Quasiment aucune		25 %	Aides au transport (très peu de gestion de service ou d'établissement)

1.4.2.4 Eléments d'information plus détaillés

- Communes de 5000 à 200 000 habitants

La DREES a classé les communes de 5000 à moins de 200 000 habitants en quatre groupes en fonction de trois critères principaux: le niveau de ressources, la diversification et la taille des communes. Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 33 : l'action sociale des communes de 5000 à 200 000 habitants –Caractéristiques des actions des communes selon le groupe auquel elles appartiennent

	groupe 1	groupe 2	groupe 3	groupe 4	groupe 5	ensemble des communes
nombre des communes	**340**	**164**	**115**	**102**	**86**	**807**
établissement						
crèches, haltes-garderies, ...	80	85	83	15	80	73
centres de loisirs	79	84	74	8	59	68
maisons de retraite	12	16	19	7	38	16
résidences sociales (fjt, ftm,..)	3	1	6	2	31	6
chrs	4	2	7	3	49	8
centre d'accueil d'urgence	20	9	26	8	67	22
établissements pour adultes handicapés	5	7	4	2	35	8
établissements pour enfants handicapés		1			16	2
établissements de santé (dispensaires, ..)	13	9	7	3	40	13
services						
service de portage de repas	70	65	70	28	86	65
service de télé alarme	49	44	42	20	61	45
service d'aide ménagère	52	60	48	28	65	51
banque alimentaire	31	23	24	13	43	27
service de sous-location immobilière	14	10	15	9	57	17
service de logements ordinaires d'urgence	32	24	26	18	63	31
service de travailleuses familiales	5	8	5	1	22	7
cours d'alphabétisation	32	29	25	15	57	31
épicerie sociale	12	10	12	8	28	13
écrivain public	23	24	14	14	44	23
service de transports pour personnes handicapées	16	18	13	7	45	18
service d'accompagnement et de soutien scolaire	45	40	32	8	52	38
foyer restaurant	41	26	36	19	62	37
services d'accueil, d'information et d'aide						
accompagnement social	66	58	38	38	70	57
service d'information et d'aide	58	55	34	27	64	50
service de médiation	23	19	14	9	35	20
permancence d'accueil, d'information et d'orientation	57	52	35	21	63	49
actions de prévention	45	32	23	18	65	38
numéro d'appel des sans abris	3	1	4	1	15	4
accueil et orientation territorialisée	3	2	3	2	26	5
plate-forme gérontologique	16	9	9	14	35	15
centre local d'information et de coordination	4	5	2	4	17	5
prestations en nature						
distribution de nourriture	50	31	20	39	35	39
distribution de vêtements	12	16	6	8	23	13
bons de transports	57	56	10	34	69	49
colis de Noël	72	71	23	65	65	63
bons d'achats	63	68	24	59	55	57
prestation en espèes						
fonds d'impayés	38	40	27	28	83	63
fonds d'aide aux jeunes	43	18	26	23	44	33
fonds de solidarité au logement	49	33	30	28	54	41
prêts ou avances remboursables	58	48	34	46	64	52
apurement des factures de téléphone	36	47	4	30	51	34
apurement des impayés d'eau	74	81	11	42	83	63
apurement des impayés d'électricité ou de gaz	69	71	10	42	74	58
apurement des impayés de loyer	54	70	9	35	57	49
tarif réduit ou gratuité des colonies et centres de loisirs	76	72	22	42	69	63
tickets de cantine à tarif réduit	70	65	20	42	62	58

champ : France entière, échantillon de communes de 5 000 à moins de 200 000 habitants
source : DREES, enquête Action sociale des communes, 2002, retracé dans *Etudes et résultats* n°307, avril 2004. Les groupes ont été constitués à partir d'une analyse de données portant sur l'ensemble des actions sociales déclarées par les communes de 5000 à moins de 200 000 habitants.

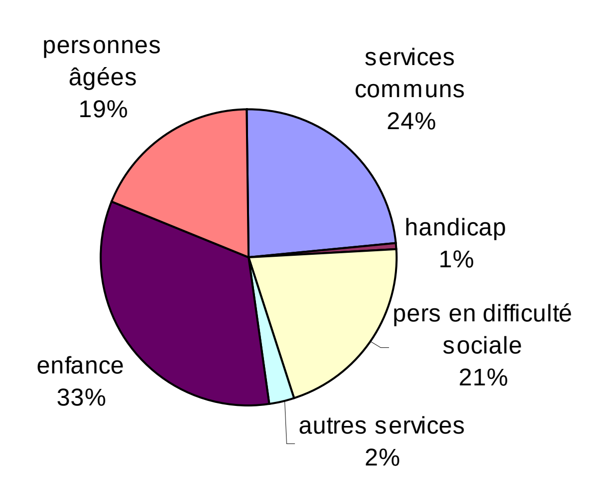
encadré 5 : les budgets d'action sociale des communes de 5000 à 200 000 habitants

Dans le cadre de l'enquête *Action sociale des communes*, les municipalités étaient interrogées sur les budgets consacrés à l'action sociale en 2000. Parmi les 807 communes interrogées, 675 ont renseigné cette partie du questionnaire. Les municipalités n'ayant pas donné de renseignements se distinguent par une proportion plus importante de communes comptant entre 5 000 et moins de 10 000 habitants (61 % contre 53 % pour l'ensemble des communes enquêtées).

A partir de la nomenclature par fonction[116], nous pouvons isoler[117] les dépenses afférentes aux services communs[118], aux secteurs des personnes handicapées ou inadaptées, des personnes en difficulté sociale, de l'enfance, l'adolescence et la famille, des personnes âgées et enfin à celui des autres services[119]. Commune et CCAS confondus, le poste consacré aux actions en faveur des enfants, adolescents et des familles est le plus important (33 % des dépenses).

Répartition des dépenses par fonction (budget de la commune et du CCAS)

en %



Champ : France entière, communes de 10 000 à moins de 200 000 habitants
source : DREES, enquête Action sociale des communes, 2002, retracé dans *Etudes et résultats* n° 307, avril 2004.
note : ce graphique a été réalisé à partir des réponses des 675 communes qui ont renseigné au moins un des postes des dépenses.

---

[116] La nomenclature par fonction permet de classer les recettes et les dépenses par activité.
[117] les dépenses relatives au secteur de la santé n'ont pas été isolées dans le cadre de cette enquête.
[118] Les services communs comprennent notamment les services administratifs chargés de chacun des domaines de la politique d'action sociale.
[119] Cette rubrique regroupe toutes les actions en faveur de personnes non recensées précédemment (notamment les actions en faveur des réfugiés, …).

Parmi les communes qui ont déclaré des dépenses afférentes aux actions en faveur des enfants, adolescents et des familles[120], 54 % des dépenses sont à la charge de la commune et le restant à la charge du CCAS.

L'ensemble des dépenses de la commune et du CCAS se répartit en plusieurs postes[121] dont le plus important est celui concernant les crèches et les garderies (82 % des dépenses relatives aux enfants, adolescents et aux familles).

Les aides à la famille qui comprennent notamment les compensations des tarifs réduits accordés aux familles correspondent à 10 % des dépenses relatives à la famille. Les actions en faveur de l'enfance et de l'adolescence qui englobent les actions de prévention menées en milieu ouvert, atteignent, quant à elles, 10 % des dépenses dont la part la plus importante est à la charge du CCAS (84 % de ces dépenses).

Pour les communes qui ont renseigné les dépenses relatives aux personnes en difficulté, 16 % seulement d'entre elles sont à la charge de la commune. Les dépenses à la charge du CCAS se décomposent en plusieurs rubriques[122] : les aides aux personnes pour 52 %, les actions d'insertion pour 31 %, les services pour 7 % , l'aide sociale légale pour 7 % également, le logement pour 2 % et les établissements pour 1 %. En ce qui concerne les dépenses pour le secteur des personnes âgées, 28 % relèvent du budget de la commune et le reste de celui du CCAS. Parmi les dépenses à la charge du CCAS, 61 % concernent les services, 38 % les établissements.

Les dépenses afférentes aux actions en faveur des personnes handicapées sont imputées, pour 88 % d'entre elles, au budget de la CCAS (essentiellement des services et des établissements). Enfin, les dépenses portant sur les autres services concernent, quant à elles, le budget de la commune pour 67 % d'entre elles. Les dépenses revenant au CCAS sont consacrées pour 76 % d'entre elles aux services, et le reste, aux établissements.

Source : *Etudes et résultats* n° 307, avril 2004

Une monographie encore inédite de la DREES[123] permet de fournir de multiples exemples d'action des CCAS. Certains résultats de cette étude sont résumés dans les tableaux ci-dessous :

[120] 596 communes ont renseigné la partie des dépenses consacrées à l'enfance, 541 communes celle consacrée aux personnes en difficulté sociale, 543 celle relative aux personnes âgées, 202, celle relative aux personnes handicapées et 271 celle consacrée aux autres services.

[121] N'est pas comptabilisé dans ces dépenses, le budget consacré aux actions d'animation à caractère de loisirs (centres de loisirs,…).

[122] A la différence des dépenses de la commune relatives à la famille, celles afférentes aux personnes handicapées, aux personnes âgées, personnes en difficulté sociale et autres services ne sont pas détaillées par type d'actions.

[123] Fatima Bellaredj, Olivier Drouard, Marie-Laure Pouchadon, Antoine Vérétout, Joël Zaffran, « l'action sociale facultative des communes - analyse comparée dans quatre communes », DREES, *Études et résultats*, à paraître.

Tableau 34 : l'action sociale des CCAS dans 4 communes de 50 000 à 100 000 habitants

	A	B	C	D
Domaines d'action	- Petite enfance - Service social - Personnes âgées	- Service social - Service Personnes âgées	- Filière enfance - Filière Action sociale - Filière Personnes âgées et handicapées	- Service Petite enfance - Service aide sociale - Service insertion - Service Personnes âgées
Subvention ville (sub. d'équilibre)	2 938 770 € (42% du budget)	4 674 075 € (35% du budget)	8 842 000 € (55% du budget)	2 900 000 € (48% du budget)
Contenu des actions	Personnes âgées : animation PA, aide à domicile (35 salariés), portage repas, téléalarme, CLIC, SSIAD Service social : aides sociales, suivi RMI, accompagnement vers l'emploi, appartements relais, Atelier Santé Ville Accueil d'urgence (DHU) Appartements relais Petite enfance : Structures d'accueil, soutien parentalité, adultes relais	Personnes âgées : Portage de repas, aide à domicile (200 salariés), téléalarme, accompagnement courses, Animation Service social : Aides sociales, suivi RMI en polyvalence, FAJ, Dispositif de mutualisation	Personnes âgées : CLIC, SSIAD, Aide à domicile (428 salariés), Service d'auxiliaires de vie téléalarme, portage de repas Service social : - aides sociales - aide au logement - aides aux jeunes : allocation jeunes et hébergement Petite enfance	Personnes âgées et handicapées : CLIC, Maintien à domicile, repas à domicile et SOS dépannage Service social : - aide au logement (dont FSL) - Aides sociales - prévention sanitaire et sociale - aide aux jeunes (dont FAJ) Petite enfance : Structures d'accueil
Personnels	230 agents	400 agents (moitié sont des aides ménagères)	530 agents (sans les CES)	237 (142 + vacataires et CES)
Gestion structures	1 foyer logement 2 crèches collectives 1 crèche familiale 4 haltes-garderies 2 lieux parents / enfants	4 foyers résidence (et restauration) 1 club animation	5 appartements d'urgence 2 crèches collectives, 2 crèches familiales Relais assistantes maternelles	Appartements d'urgence Résidences pour personnes âgées Halte-garderie Relais assistantes maternelles
Équipements et services associés	4 appartements relais		3 foyers logement 1 maison de retraite	2 crèches municipales, 1 multi-accueil municipal, 1 halte garderie associative, 1 jardin d'enfants spécialisé, 2 crèches hospitalières, 1 centre de loisir sans hébergement (CLSH)
Politiques contractuelles	Contrat enfance de la CAF	EHPAD en cours	EHPAD	CE de la CAF

Tableau 35 : l'action sociale menée directement par les services communaux dans 4 communes de 50 000 à 100 000 habitants

Villes	A	B	C	D
Services concernés	- Vie sociale (1 salarié) - Service Animation de proximité (21 salariés + 40 vacataires) - Service sport - Service Habitat (5 salariés)	- Service d'Action sociale (5 salariés) - Service Santé publique (17 salariés) - Service Petite enfance (110 salariés) - Service Médiation prévention (10 salariés) - Service Animation (70 salariés) - Service Jeunesse (3 salariés)	Service Vie sociale : - Enfance et petite enfance - Jeunesse - Vie associative, conseil communal de prévention de la délinquance (CCPD), logement	- Direction solidarité et Politique de la Ville : Service emploi-formation, Maîtrise d'œuvre urbaine et sociale (MOUS) Service logement Plate forme des services publics Bureau information senior - Direction Vie Locale : Service jeunesse
Budget 2003	Impossible à reconstituer	Impossible à reconstituer	Impossible à reconstituer	Impossible à reconstituer
Domaines d'action	Coordination Plate forme de services publics, CLSH, Clubs de jeunes, Réhabilitation en contrepartie de clauses de loyers maîtrisés	Coordination Education à la santé Orientation des personnes en difficultés CLSH Bureau d'information Jeunesse	Petite enfance, enfance : Accueil petite enfance Loisirs éducatifs (PEL)	Emploi-formation, chantiers jeunes, réseau parrainage vers emploi, ateliers lutte contre illettrisme, relation entreprises, APP, prévention de la délinquance (soutien à la parentalité, aide aux victimes, médiation…), logement
Gestion structures	CLSH	CLSH		
Equipements et services associés	2 centres sociaux (DSP)	CLSH Centres sociaux Association gérant l'urgence (CHRS, FAU, DHU) Association de prévention (conventions d'objectifs)	- Agence locale de prévention et de médiation sociale (50 médiateurs)	
Inscription dans des politiques contractuelles	Contrat temps libre (CTL), Contrat Educatif Local (CEL), Contrat de ville	CTL, Contrat de ville, CE de la CAF	CE de la CAF, CTL de la CAF, CEL , contrat local de sécurité (CLS), Contrat de ville	CTL de la CAF, CEL, Contrat de ville

➢ Communes de moins de 5000 habitants

Tableau 36 : l'action sociale des communes de moins de 5000 habitants - Répartition des communes selon le groupe auquel elles appartiennent

en %

	ensemble des communes développant une politique d'action sociale	groupe 1 : des communes de petite taille qui concentrent leur actions sociales principalement sur les personnes âgées	groupe 2 : des communes plus grandes qui mènent une politique d'action sociale plus diversifiée	groupe 3 : des communes petites et moyennes dont l'action sociale est moinbs intense et moins systématiquement tournée vers les personnes âgées
nombre de communes concernées	**850**	**408**	**238**	**204**
communes intervenant auprès des personnes âgées	**93**	**99**	**99**	**77**
actions à destination des personnes âgées :				
bons alimentaires	15	8	34	6
colis de Noël	53	55	64	36
repas de Noël	40	44	49	22
distribution de nourriture	3	1	7	2
distribution de vêtements	1		3	
secours en argent	6	1	19	2
bons de transports	4	1	9	3
communes intervenant auprès des personnes en difficulté sociale	**51**	**25**	**93**	**53**
actions à destination des personnes en difficulté sociale :				
bons alimentaires	20	4	51	17
colis de Noël	6	1	16	4
repas de Noël	3	1	6	3
distribution de nourriture	8	1	19	7
distribution de vêtements	4	1	10	5
secours en argent	14	2	35	11
bons de transports	3		6	3
apurements téléphone	5	1	14	3
apurements eau, gaz, électricité	14	3	37	10
apurements loyer	5		16	2
fonds d'impayés	13	5	24	14
avances remboursables	10	2	24	8
communes intervenant auprès des enfants et adolescents	**45**	**29**	**77**	**34**
actions à destination des personnes des enfants et adolescents :				
tickets de cantine à prix réduit	9	2	24	4
tarif réduit ou gratuité des colonies	10	2	27	4
repas de Noël	4	1	9	2
distribution de vêtements	2	1	6	1
distribution de jouets	16	11	26	13

Champ : France entière, échantillon de communes de 100 à moins de 5 000 habitants déclarant au moins une action sociale
Source : Drees – enquête *Action sociale des communes*, 2002, cf. *Etudes et résultats* n°271, novembre 2003
Les groupes ont été constitués à partir d'une analyse de données portant sur l'ensemble des actions sociales déclarées par les communes de 100 à moins de 5 000 habitants.

1.4.3 Les caisses de sécurité sociale

Au-delà de leur mission principale de gestion des prestations d'assurances sociales, les caisses de sécurité sociale ont toujours consacré une part de leurs ressources à des interventions d'action sociale. Cette action est juridiquement fondée sur les articles L 262-1 et L. 263-1 du code de la sécurité sociale ; le code de l'action sociale et des familles consacre cette intervention aux articles L. 121-11 (action sociale des caisses de sécurité sociale) et L 121-12 (action sociale de la mutualité sociale agricole).

Chacune des trois caisses nationales du régime général dispose d'un fonds d'action sanitaire et sociale alimenté par des prélèvements sur les cotisations dont le taux est fixé par arrêté ministériel. Ces fonds sont répartis entre la caisse nationale et les caisses locales selon des modalités propres à chaque branche.

Les régimes spéciaux et les régimes de non salariés disposent aussi de la possibilité d'organiser une action sanitaire et sociale au profit de leurs assurés.

1.4.3.1 Cadrage général

L'action sanitaire et sociale des caisses de sécurité sociale peut prendre deux formes principales:

- organisation de services sociaux dans les caisses locales, chargés d'apporter une aide aux assurés et d'attribuer des aides financières individuelles
- création et gestion d'établissements et services sociaux ou médico-sociaux, ou attribution d'aides à la création ou au fonctionnement de ces structures : dispensaires, centres de PMI, centres de rééducation fonctionnelle pour les caisses d'assurance maladie ; crèches, haltes garderies, établissements de vacances, centres sociaux pour les CAF.

Les comptes de la sécurité sociale (établis annuellement par la commission des comptes de la sécurité sociale) fournissent des informations budgétaires sur l'action sociale du régime général, à partir notamment des lignes relatives aux « prestations extralégales ». Le tableau suivant retrace ces données :

Tableau 37 : les dépenses d'action sanitaire, sociale et familiale (en millions d'euros)

	2004 dépenses exécutées brutes	Evolution 2004/2003	Prévisions d'exécution 2005	Evolution 2005/2004
CNAV (FNASSPA)	440,5	+17,2%	451,9	+2,6%
CNAF (FNAS)	2969,6	+18,1%	3182,6	+7,2%
CNAMTS	674,2	+1,6%	697,3	+6,8%
total	**4084,34**	**+15%**	**4331,8**	**+6,1%**

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale (rapport septembre 2005)

En 2005, les dépenses d'action sanitaire et sociale du régime général devraient s'élever à 4,3 milliards d'euros, soit une augmentation de + 6,1% par rapport à 2004 (4 milliards d'euros). Malgré cette hausse importante, l'augmentation de ces dépenses est pourtant en décélération ; la croissance était en effet de + 15% en 2004 par rapport à 2003.

L'action sanitaire et sociale du régime général est très disparate selon les branches, beaucoup plus importante pour la branche famille. Le montant du fonds national d'action sociale

(FNAS) a ainsi doublé en 10 ans, avec un triplement des prestations de services. Le FNAS, qui représentait 4,3 % des dépenses totales de la branche famille en 1996, s'élevait à 7,3 % en 2005. les fonctions qui connaissent la plus forte progression tendancielle des dépenses sont l'accueil des jeunes enfants, le temps libre des enfants et des familles, ainsi que l'accompagnement à la fonction parentale.

Les dépenses d'action sociale des caisses peuvent être de trois types :

• les aides individuelles (aides financières sous forme de prêts ou de subvention)
• les aides aux partenaires, communes et associations (par exemple, une partie des aides destinées aux centres sociaux, crèches, centres de loisirs sans hébergement, associations d'aides à domicile…) ;
• les aides aux services des caisses destinées aux équipements et services en gestion directe.

Ainsi, pour la CNAF, la part des aides aux partenaires atteignait 73% du budget du FNAS en 2004, alors que les aides individuelles et la gestion directe représentaient respectivement 13,6% et 13,4% du FNAS[124]. En revanche, le budget du FNASSPA est majoritairement constitué d'aides individuelles (83,1%)[125].

Les bénéficiaires sont nombreux.
La CNAV indique[126] apporter une action sociale à 395 000 bénéficiaires (dont 297 000 au titre de l'aide ménagère à domicile) et la CNAMTS à 435 000 personnes.

La CNAF ne dispose pas du nombre de bénéficiaires de ses actions ; elle suit le nombre de bénéficiaires *potentiels*[127], qui s'élevait en 2004 à 6 627 098 personnes. Dans le cadre des aides aux foyers (cf. plus loin), elle a apporté un soutien à 43 000 familles en 2004[128]. La CNAF a financé en 307 930 places d'accueil des jeunes enfants en 2004 et 311 790 en 2005[129].

---

[124] Source : *l'action sociale des CAF*, direction des études et des statistiques, CNAF, juin 2005.
[125] Source : rapport d'activité CNAV 2004. Dans le cas du FNASS de la CNAMTS, la mission n'a pu effectuer cette validation : les aides aux personnes et aux associations représentent environ 443 millions d'euros ; les équipement des établissements sanitaires et sociaux et les aides aux associations 92 millions d'euros.
[126]source : rapport d'activité CNAV 2004.
[127] La définition en est donnée par la CNAF. L'indicateur regroupe trois catégories de population 1) les allocataires dont le régime d'affiliation est connu et ayant un droit payable au titre du mois de décembre pour au moins une prestation familiale figurant à l'article L511-1 du code de la Sécurité Sociale ; 2) les allocataires ayant un seul enfant à charge au sens de l'article L513-1 du code de la Sécurité Sociale et dont le régime d'affiliation est connu et différent de celui des régimes spéciaux et du régime agricole et ayant perçu l'une de ces prestations : l'APL seule, payable au titre de décembre, l'APL et l'AAH payables au titre de décembre, l'APL et le RMI payables au titre de décembre, l'AGED et/ou l'ADI et/ou l'AFEAMA seule(s), payables au titre du 3ème trimestre, le RMI seul, payable au titre de décembre, l'ARS seule, pour le mois de septembre ; 3)les allocataires ayant perçu une prestation d'action sociale au cours de l'année, même s'ils ne sont plus allocataires au 31 décembre.
[128] Source : CNAF.
[129] Source : *Rapport sur le fonds d'action sociale de la CNAF*, Valérie Delahaye, Henri Moyen, Nathalie Poppinger, Cécilia Berthaud, Sébastien Proto, IGAS –IGF, avril 2006.

1.4.3.2 Principales prestations

➢ La CNAMTS

Le service social de l'Assurance Maladie accompagne les assurés dans trois domaines d'action :
• l'accès aux soins/droit à la santé ;
• l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés ;
• la prévention et le traitement des difficultés sociales liées à la dépendance des personnes âgées et/ou handicapées

Depuis la loi n°98-657 du 29 juillet 1998 (loi de lutte contre les exclusions), il est précisé que l'action sanitaire et sociale de la branche maladie et accidents du travail est destinée « en priorité aux populations exposées au risque de précarité ».

Le FNASS (Fonds national d'action sanitaire et sociale) finance ainsi des aides à domicile, participe à la formation continue des professions médicales et subventionne des associations sanitaires et médico-sociales (lutte contre les fléaux sociaux, aide aux handicapés…). L'action sociale au niveau local est pour l'essentiel effectuée par les CPAM, les CRAM concentrant leurs dépenses d'action sociale sur le domaine de la vieillesse (FASSPA, cf. ci-dessous).

Depuis la mise en place de la CMU et de la CMU-C, les dépenses d'action sociale en matière accès aux soins concernent la prise en charge du coût de la couverture complémentaire de personnes dont les ressources sont proches du seuil de la CMU. Les CPAM peuvent également prendre en charge des dépenses relatives aux affections invalidantes qui ne sont pas prises en charge à 100 %, ou afférentes aux cures thermales.

➢ La CNAV

L'action sociale représente 0,42% des dépenses de la branche vieillesse.

Les principales prestations proposées par la branche vieillesse sont les suivantes[130] :

- en matière d'aides individuelles (83,1% des dépenses):
- aide ménagère à domicile (AMD)
- aides à l'habitat : AAH et APLH
- gardes à domicile (aides ponctuelles en situation d'urgence, de courte durée, comme sortie d'hospitalisation)
- secours sociaux, dons aux centenaires

- s'agissant de l'aide aux structures d'accueil (16,9% des dépenses):
- création, modernisation et équipement d'EHPAD
- versement de prêts sans intérêt à des établissements publics, des collectivités locales, des institutions ou associations sans but lucratif

[130] source : Rapport d'Activité CNAV 2004

Tableau 38 : dépenses d'action sociale (FASSPA) (en milliers d'euros)

	DEPENSES BRUTES 2003	DEPENSES BRUTES 2004	EVOL. 2004/3	STRUCTURE EN 2004
AMD hors DOM	271 988	313 039	15,1%	65%
Dont autres actions de soutien à domicile	37 355	65 070	74,2%	13,5%
Soutien à domicile DOM	5467	5693	4,1%	1,2%
Démarche qualité	5712	5051	-11,6%	1%
Expérimentations	521	3833	Multipliée par 7	0,8%
Actions immobilières	43571	61450	41%	12,8%
Autres dépenses	91 607	92 240	1%	19,2%
Total	418 866	481 306	14,9%	100%

Source : rapport d'activité CNAV 2004 et calculs IGAS.

Que ce soit en termes de dépenses ou de bénéficiaires, l'AMD continue à constituer le cœur de l'action sociale vieillesse. En 2004, l'AMD représente 86% des aides individuelles.

Avec la prestation spécifique dépendance en 1997 et surtout l'APA en 2002, la branche vieillesse a été fait confrontée à des changements majeurs[131] qui devaient l'amener à articuler son action avec celle des conseils généraux, la recentrer sur les personnes âgées peu ou pas dépendantes, et adapter ses modes d'intervention pour intégrer les enjeux de personnalisation et de diversification des aides à la personne, ainsi que de coordination des interventions des professionnels autour de la personne âgée.
L'avenant à la COG pour l'action sociale, adoptée en juillet 2003, avait dessiné des premières pistes pour une réorganisation de l'action sociale vieillesse, mettant notamment l'accent sur les notions de prévention et d'évaluation et prévoyant le lancement de plusieurs expérimentations.

La nouvelle COG confirme ces réorientations en indiquant que la population cible de l'action sociale de la CNAV doit être les retraités fragilisés relevant des GIR 5 et 6, à travers la mise en place des actions suivantes :
- un développement significatif d'actions d'information, de conseil et d'orientation,
- une meilleure connaissance des attentes et des besoins du public cible,
- la conception de plans d'actions personnalisés à domicile dans une dynamique de prévention ; dans cette perspective, les expérimentations de nouveaux dispositifs d'évaluation globale doivent être généralisées ;
- la définition et la mise en place d'une gamme de lieux de vie collectifs.

➢ La CNAF[132]

Les grandes orientations de l'action sociale sont fixées par la commission d'action sociale (CAS) et votées par le conseil d'administration de la CNAF. A la fois par tradition et en

---

[131] cf. le rapport de l'IGAS *Bilan diagnostic de la branche vieillesse avant renouvellement de la convention d'objectifs et de gestion de la CNAV*, Cécile Courrèges, Huguette Mauss, Thierry Gausseron, Juillet 2004
[132] source : l'action sociale des CAF, CNAF, DES, juin 2005.

raison de l'excédent structurel de la branche famille dans les années passées une démarche volontariste a été poursuivie en la matière.

La circulaire d'orientation relative à la période 2001-2004 fixe cinq orientations essentielles :
- développer l'accueil des jeunes enfants
- poursuivre l'action en faveur des loisirs et des vacances des enfants et des familles
- diversifier les actions d'accompagnement de la fonction parentale
- soutenir les jeunes adultes dans leur projet d'autonomie
- améliorer le cadre de vie des familles

Les dépenses d'action sociale des CAF recouvrent les sept fonctions suivantes :
– accueil des jeunes enfants de 0 à 6 ans
– temps libres des enfants et des familles
– accompagnement social des familles et de leurs enfants
– logement et habitat
– animation et vie sociale
– prestations supplémentaires aux familles
– accompagnement de la fonction parentale et autres actions.

L'accueil des jeunes enfants, la fonction temps libre des enfants et des familles, et l'accompagnement des familles et de leurs enfants occupent une place prépondérante dans la dépense réalisée par les Caf (85%), comme le montre le graphique ci-dessous.

graphique 5 : dépenses d'action sociale des CAF par fonction en 2004

Source : Cnaf - DSPA

Les dépenses d'accueil des jeunes enfants sont quasi-exclusivement (99,9% d'entre elles en 2004) composées de dépenses de fonctionnement et d'investissement pour des structures gérées par des partenaires (96,5% de ces dépenses) ou par les CAF elles-mêmes (3,5%). Les CAF financent ainsi en moyenne 32% du coût total des crèches[133].

Les dépenses d'accompagnement social des familles et de leurs enfants (14,1% des dépenses d'action sociale) sont principalement constituées :
- de travail social pour plus de la moitié des dépenses (55 % en 2004), dont 49 % sont consacrées aux « services pluridisciplinaires de travail social », 30% de dépenses relatives aux « assistants sociaux », le troisième poste étant celui des « conseillères en économie sociale et familiale » (14 % de la sous-fonction).

[133] Source : « *notre activité en 2004, l'accueil du jeune enfant* », CNAF.

- d'aides au domicile des familles (TIFS et AVS) (34 %)
- d'aides financières aux familles (dont les secours et prêts d'honneur) qui représentent 11% de ces dépenses d'accompagnement.

En matière de logement et habitat (5,5% des dépenses d'action sociale), les principales prestations sont :
- l'aide à l'équipement et à l'installation qui constitue l'essentiel des dépenses
- les aides à l'accès et au maintien dans le logement (aides en cas de dettes, apport financier des CAF aux FSL et FSE)
- les aides à la réhabilitation et l'amélioration de l'habitat (66% de ces aides s'effectuent sous forme de prêts, notamment prêts à l'amélioration de l'habitat « sociaux », versés aux familles en complément des prêts légaux (PAH) ; 25% des dépenses concernent des aides à l'investissement versées aux organismes HLM ou à des associations)

D'autres prestations, plus marginales, sont également dispensées : aide au logement des jeunes, information et conseil aux familles.

A noter que les CAF des DOM ont une obligation réglementaire en matière de logement, et ont versé 14% des dépenses totales de logement en 2004 (contre 3,5% de l'ensemble des dépenses d'action sociale).

Les dépenses d'animation et vie sociale représentent 7,6 % des dépenses d'action sociale en 2004, en progression. Il s'agit principalement de dépenses (de fonctionnement pour l'essentiel) des centres sociaux et des foyers de jeunes travailleurs D'autres dépenses de soutien à la vie associative complètent ces prestations.

L'accompagnement de la fonction parentale occupe une place croissante , dont plus de la moitié est constituée par l'accompagnement à la scolarité. Le second poste par le volume des dépenses est celui de la médiation familiale. Sont également financés les réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents, en forte progression en 2004, et les lieux d'accueil enfants / parents.

1.4.4 Le rôle de l'Etat

L'Etat est ici entendu comme personne morale. Il assure plusieurs fonctions distinctes essentielles au fonctionnement de l'aide et de l'action sociales, qu'il exerce différemment en fonction de la répartition des compétences avec les collectivités locales, les organismes de sécurité sociale et les opérateurs.

1.4.4.1 Une fonction normative

C'est l'Etat qui édicte les normes juridiques fondamentales de la protection sociale. Le pouvoir que détient le département dans le domaine de l'aide sociale et de l'action sociale est réel mais subordonné aux normes nationales. Par la voie législative[134] ou par la voie

[134] Le pouvoir législatif intervient largement dans le domaine de l'aide sociale et de l'action sociale. Les gouvernements sont soucieux de recueillir l'approbation du Parlement sur les grandes politiques d'aide et d'action sociale autant pour des motifs politiques que strictement juridiques . Aux termes de l'article 34 de la constitution, la loi détermine les principes fondamentaux de la sécurité sociale. La notion de « sécurité sociale » a été entendu largement par le juge constitutionnel et le juge administratif, lequel a notamment affirmé que « la détermination des principes fondamentaux de l'aide sociale relève de la loi », (CE, 12 juin 1998, Fédération

réglementaire, c'est l'Etat qui définit les paramètres de l'aide et de l'action sociales relatifs en particulier aux éléments suivants :

- les droits des personnes,
- les événements susceptibles de justifier une protection de la part de la société (ce que les comptes de la protection sociale qualifient de « risques »),
- la technique de protection (assurance sociale, aide sociale, action sociale),
- les formes de l'aide (prestations en espèces ou en nature, service ou établissement, allègement fiscal …),
- les conditions de création, suppression ou de modification des services et des établissements,
- le niveau de l'aide (exemple : le montant du taux minimum des prestations),
- le partage de la prise en charge des prestations,
- la répartition des rôles entre les acteurs et notamment entre l'Etat et les collectivités territoriales.

Ce rôle incombe aux instances politiques de l'ordre exécutif et de l'ordre législatif sur proposition des administrations centrales de l'Etat. Dans cette fonction normative, l'Etat n'est toutefois pas le seul acteur : la jurisprudence d'une part, l'Union européenne d'autre part, jouent un rôle important dans la production des normes[135]. En outre, depuis la loi n°83-663 du 22 juillet 1983 a été instauré le règlement départemental d'aide sociale (article L. 121-3 du CASF), qui définit les règles concernant les prestations d'aide sociale relevant de la compétence du département. Mais ce règlement doit respecter les cadres et principes adoptés au niveau national ; par ailleurs les conditions d'octroi des prestations et leur montant ne peuvent être inférieurs à ceux fixés au niveau national : le département ne peut qu'améliorer les planchers ou assouplir les conditions d'accès (article L. 121-4 du CASF)

1.4.4.2 Une fonction de conception

Elle incombe aux administrations centrales de l'Etat. La direction de la sécurité sociale (DSS) a compétence pour la sécurité sociale, la direction générale de l'action sociale (DGAS) pour l'aide et certaines catégories d'action sociale, tandis que d'autres politiques à dimension sociale (emploi, logement, santé…) sont du ressort des directions sectorielles .

1.4.4.3 Une fonction de contrôle

Hormis le contrôle de légalité des comptes et des décisions des collectivités territoriales et des organismes de sécurité sociale, l'Etat a un rôle dans le contrôle des conditions d'application des politiques d'aide et d'action sociales.

Le CASF dispose que « *le contrôle de l'application des lois et règlements relatifs à l'aide sociale est assuré par des agents ayant reçu à cet effet délégation du ministre chargé de l'action sociale ou du représentant de l'Etat dans le département* » (article L.133-1). Pour l'Etat c'est le rôle en particulier de l'Inspection générale des affaires sociales (corps d'inspection de second degré) et des inspecteurs de l'action sanitaire et sociale (corps

---

aveugles et handicapés de France). Le juge constitutionnel a en outre considéré que « la mission de promouvoir l'action sanitaire et sociale qui est impartie aux organismes de sécurité sociale constitue un des principes fondamentaux de la sécurité sociale » (CC, décision n°60-5 du 7 avril 1960).

[135] Sur le rôle de l'Union européenne, cf. notamment *L'Europe sociale*, rapport annuel de l'IGAS 2006.

d'inspection de premier degré). Mais les compétences de ces corps de contrôle ne couvrent pas l'ensemble du champ de l'aide et de l'action sociale[136].

1.4.4.4 Une fonction juridictionnelle

Les juridictions de la protection sociale sont nombreuses et diversifiées. Les droits sociaux sont en effet protégés à la fois par des juridictions spécialisées et par des juridictions de droit commun.

L'architecture générale de la fonction juridictionnelle peut donc être résumée comme suit :

➢ Les juridictions spécialisées

<u>Juridictions spécialisées dans l'ordre judiciaire</u>

Sous le contrôle de la Cour de cassation peuvent être regroupées quatre formes de contentieux spécialisés :
- les conseils de prud'hommes
- les tribunaux des affaires de sécurité sociale (TASS)
- les tribunaux du contentieux de l'incapacité
- le contentieux de la tarification des accidents du travail

<u>Juridictions spécialisées dans l'ordre administratif</u>

Sous le contrôle de cassation du Conseil d'Etat on note :
- le contentieux de l'aide sociale : commissions départementales d'aide sociale et commission centrale d'aide sociale[137]
- le contentieux disciplinaire des ordres professionnels : les juridictions ordinales
- le contentieux du contrôle technique : les sections des assurances sociales des conseils de l'ordre des professions médicales
- le contentieux de la tarification sanitaire et sociale[138] : tribunaux interrégionaux de la tarification sanitaire et sociale et Cour nationale de la tarification sanitaire et sociale.

➢ Les juridictions de droit commun

Des recours peuvent être ouverts devant des juridictions internationales : Cour de justice des communautés européennes (CJCE) et Cour européenne des droits de l'homme (CEDH).

Outre la compétence de cassation de la juridiction administrative (Conseil d'Etat) citée plus haut, qui lui confère un rôle central de mise en cohérence, <u>les juridictions administratives</u> ont une compétence de droit commun pour certains litiges : notamment pour tout ce qui, en dehors de l'accès aux prestations et de la tarification, concerne l'organisation et le fonctionnement de l'aide et de l'action sociales (légalité des actes administratifs ; actes relatifs aux rapports entre les collectivités publiques et les établissements et services - en particulier création et fermeture d'établissements, agrément des conventions collectives du travail dans le

---

[136] Sur ce point cf. notamment Mathilde Lignot, Jean-Paul Bastianelli, Roger Linsolas, Roland Cecci-Tenerinin, Louis Tribot, *Bases juridiques des contrôles par les services déconcentrés dans les champs de la santé, du social, du médico-social, de l'emploi et de la formation professionnelle*, IGAS, 2004.
[137] Articles L. 134-1 à L. 134-10 du CASF.
[138] Titre V du livre III du CASF.

secteur social ; attributions par les CCAS d'aides facultatives[139] ; fautes commises dans l'organisation et le fonctionnement des services d'aide et d'action sociales…).

Les juridictions judiciaires disposent d'une compétence résiduelle en matière d'aide et d'action sociales. D'une part, en vertu de leur compétence exclusive en matière pénale. D'autre part, selon le principe de garantie judiciaire de l'état et de la capacité des personnes qui donne lieu à diverses applications :

- en matière d'obligation alimentaire
- en matière d'aide sociale à l'enfance, tous les litiges concernant l'état des personnes et notamment les droits et obligations liés à l'autorité parentale, ou mettant en cause des décisions du juge des enfants, relèvent de la juridiction judiciaire
- s'agissant des frais de soins dispensés aux adultes maintenus dans des établissements d'éducation spéciale[140], les juges judiciaires sont compétents pour apprécier les litiges portant sur la détermination de la personne morale devant les assumer.

1.4.4.5 Une fonction de mise en œuvre de l'aide et de l'action sociales

En matière d'aide et d'action sociales, l'Etat partage cette fonction avec les collectivités locales, les organismes de sécurité sociale et des personnes privées – associations, fondations ou entreprises. Les formes d'intervention et le degré d'engagement de l'Etat varient selon que sa responsabilité porte sur le pilotage d'ensemble des dispositifs ou sur la gestion de dossiers individuels.

➢ Le pilotage de dispositifs d'intervention

En matière d'aide sociale l'Etat ne dispose plus que de compétences résiduelles, comme le rappelle l'encadré ci-dessous.

encadré 6 : Les compétences de l'Etat en matière d'aide sociale

L'art L.121-7 du CASF relatif aux dépenses à la charge de l'Etat définit limitativement les prestations d'aide sociale restées de la compétence de l'Etat au regard de la compétence générale dévolue au département selon l'article L. 121-1 :

- les dépenses d'aide sociale engagées en faveur des personnes sans domicile fixe ou résidant de façon exceptionnelle sur le territoire national (personnes mentionnées à l'article L. 111-3)[141]
- les frais d'aide médicale d'Etat, mentionnée au titre V du livre II
- l'allocation simple aux personnes âgées, mentionnée à l'article L. 231-1
- l'allocation différentielle aux adultes handicapés, mentionnée à l'article L. 241-2

---

[139] En vertu de l'article L.123-5 du CASF.

[140] En vertu de « l'amendement Creton » aux termes duquel une personne handicapée majeure peut être maintenue dans un établissement d'éducation spéciale lorsque l'établissement pour adultes désigné par la COTOREP n'est pas en mesure de l'accueillir, cf. CE, *M. Creton et autres*, 28 mai 2003.

[141] l'article L.121-7 du CASF comprend en outre une référence erronée aux « personnes mentionnées à l'article L. 232-6 » qui visait les personnes âgées dépourvues de domicile de secours pour la prise en charge de la PSD sous l'empire de la loi n°97-60 du 24 janvier 1997. La loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 instituant l'APA a changé ces dispositions, l'APA étant toujours à la charge du département.

- les frais d'hébergement, d'entretien et de formation professionnelle des personnes handicapées dans les établissements de rééducation professionnelle, mentionnés aux articles L.344-3 à L.344-6
- les frais de fonctionnement des centres d'aide par le travail mentionnés aux articles L. 344-2 à L. 344-6
- les mesures d'aide sociale en matière de logement, d'hébergement et de réinsertion, mentionnées aux articles L. 345-1 à L. 345-3
- l'allocation aux familles dont les soutiens indispensables accomplissent le service national mentionnée à l'article L.212-1

La circulaire du 4 novembre 1983 a classé ces attributions disparates en trois grandes catégories :

- les prestations qui sont automatiquement liées à des dépenses de sécurité sociale (prise en charge de la cotisation d'assurance maladie des adultes handicapés)
- certaines allocations de subsistance (allocation simple aux personnes âgées, allocation différentielle aux adultes handicapés)
- prestations faisant appel à la « solidarité nationale » : allocation aux familles dont les soutiens indispensables accomplissent le service national, frais d'hébergement, d'entretien et de formation professionnelle des personnes handicapées dans les établissements de rééducation professionnelle, frais de fonctionnement des centres d'aide par le travail relevant non de l'hébergement mais de la politique étatique d'insertion professionnelle des handicapés, dépenses d'aide sociale pour les personnes sans domicile de secours (ainsi que l'aide médicale d'Etat pour certains étrangers), mesures en faveur du logement, de l'hébergement et de la réinsertion

Toutefois, cette catégorisation inclut des prestations qui ne relèvent pas toutes (notamment la première catégorie) de l'aide sociale légale. Une autre manière de donner une cohérence à ces prestations apparemment disparates consiste à les rapporter à une contrainte qui leur est commune[142]. Elles s'adressent en effet à des catégories de bénéficiaires pour lesquels la solidarité ne peut s'exercer qu'au niveau national, soit pour des raisons tenant à des choix pratiques (leur « domicile de secours » ne peut être que national) soit pour des raisons tenant à des choix politiques (instauration d'une solidarité nationale au bénéfice des handicapés). L'application de l'argument de solidarité nationale est discutée[143].

A partir des comptes de la protection sociale (cf. partie 3 sur les chiffres) la mission a ainsi chiffré les dépenses de l'Etat en matière d'aide sociale à environ 1318 Mrds € soit moins de 6% du montant total de l'aide sociale identifié dans les comptes.

<u>En revanche dans le domaine de l'action sociale ses interventions au titre des grandes politiques sectorielles restent importantes.</u>

<u>Certaines de ces interventions sont financées par le budget de l'Etat.</u>

[142] Cf. les commentaires de Michel Borgetto relatifs à l'article correspondant du CASF.
[143] Cf. notamment M. Borgetto, *Le droit de la protection sociale dans tous ses états : la clarification nécessaire*, Droit social, n°6, juin 2003, pages 636-648.

La mission a évalué les dépenses d'action sociale de l'Etat à environ 16 Mrds€ à partir des comptes de la protection sociale (cf. partie 3)[144]. Il faut ajouter à ce chiffrage les minima sociaux relevant de l'action sociale et financés par l'Etat : au total, ce sont donc 24,5 Mrds€ identifiés par la mission dans les comptes de la protection sociale qui sont pris en charge par l'Etat.

Le document de politique transversale (DPT) « inclusion sociale » évalue à plus de 33 Mrds€ le montant consacré à aux interventions d'action sociale et d'aide sociale de l'Etat. Même en prenant en compte la part des prestations résiduelles d'aide sociale dans ce montant, il est patent que les interventions de l'Etat dépassent le calcul effectué à partir des comptes de la protection sociale (cf. partie 3 pour la présentation détaillée de ces différences).

D'autres interventions sont financées par la sécurité sociale ou l'assurance chômage mais l'Etat peut intervenir dans leur pilotage

Ainsi, l'Etat intervient dans la gestion des dispositifs financés par l'assurance maladie par le biais de la définition du contenu de l'ONDAM, de son montant global et de sa répartition entre les volets sanitaire et médico-social. S'agissant de l'assurance chômage, l'élargissement du service public de l'emploi aux Assedic montre également une volonté de coordination par l'Etat d'actions relevant d'autres acteurs (par exemple, s'agissant des Assedic, la formation des demandeurs d'emploi).

L'intervention de l'Etat dans le domaine de l'aide et de l'action sociales ne se réalise pas exclusivement par le biais de ses services déconcentrés (ARH, DRASS et DDASS, et DRTEFP et DDTEFP s'agissant de la lutte contre les exclusions) mais de façon croissante par le truchement d'agences nationales spécialisées. un récent rapport de l'IGAS en recense plus d'une trentaine[145] dans une relation contractuelle avec l'Etat dont la liste en est fournie en annexe 3. (cf. également les encadrés n°8 sur la CNSA, et n°10 sur l'agence nationale de cohésion sociale).

L'Etat s'est engagé en matière d'aide et d'action sociales dans une démarche de rationalisation des choix budgétaires et de resserrement du pilotage de ses interventions. L'adoption de la LOLF et de la LOLFSS, ainsi que la méthode (européenne) ouverte de coordination (MOC) qui implique la mise en place de plans nationaux d'action pour l'inclusion sociale (PNAI)[146] ont largement contribué à ce pilotage plus précis. La DGAS assure notamment dans ce cadre un rôle de suivi des objectifs associés aux indicateurs du DPT et du PNAI.

- La gestion de situations individuelles

La tendance est à la suppression des tâches de gestion de dossiers individuels que conservaient les services de l'Etat, du fait de ses compétences résiduelles.

---

[144]Dans cette partie, la prise en charge d'une partie de la couverture maladie universelle complémentaire avait été classée en assurances sociales ; le montant total calculé était de 15,9 Mrds€. Le DPT évalue à 324M€ (crédits de paiement 2006) les crédits budgétés pour l'accès à la protection complémentaire.

[145] *Conséquences de la LOLF sur le pilotage des opérateurs de l'Etat*, L. Gratieux, G. Le Coz, IGAS, octobre 2005.

[146] Sur ce point, voir partie 4 sur la coordination des acteurs et *L'Europe sociale*, IGAS, rapport annuel 2006.

Outre ce qui résulte des transferts de compétences au département, on notera également le recours à des opérateurs techniques. Ainsi, par exemple, en matière d'emploi des personnes en difficulté, la gestion des aides à l'emploi figurant dans le plan de cohésion a été confiée l'ANPE et au CNASEA. Dans le domaine du handicap, c'est la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) et, en son sein la commission départementale des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) (qui dispose des compétences anciennement dévolues aux commissions départementales d'éducation spéciale (CDES) et commissions technique de reclassement et d'orientation professionnelle (COTOREP)) qui sont responsables de la gestion des situations individuelles[147].

1.4.4.6 Une fonction de régulation du système d'aide et d'action sociales

L'Etat exerce une fonction de régulation par le biais d'un effort de coordination des acteurs mais aussi par d'autres modalités.

- La coordination

Au niveau national, l'Etat anime de nombreuses instances d'information, de consultation et de coordination des acteurs[148]. Ainsi, la DGAS exerce sa tutelle sur 35 organismes ou instances, et participe à 69 autres instances dans le domaine de l'aide et de l'action sociales. Une liste de ces instances par politique est fournie en annexe 5.

Alors qu'en vertu de la loi du 13 août 2004 (article L.121-1 du CASF), il revient au département de coordonner les actions d'aide et d'action sociales menées sur son territoire, les services de l'Etat sont appelés à jouer un double rôle:

- assurer la coordination des actions qui relèvent du financement de l'Etat, et des organismes de sécurité sociale (par exemple, dans le domaine de la dépendance, le PRIAC constitue un outil pour cela) ;

- favoriser le lien entre ces actions et celles qui sont de la responsabilité des collectivités territoriales (sur le même exemple de la dépendance, l'avis du département est sollicité sur le PRIAC).

Ce schéma se concrétise de façon différente selon les politiques car la répartition des rôles entre les acteurs (Etat, collectivités locales, oragnismes de sécuroté sociale) n'est pas le même selon qu'il s'agit de politique de l'accueil de la petite enfance, de l'autonomie des personnes âgées ou des personnes handicapées, de lutte contre la grande exclusion ou d'insertion professionnelle. Même lorsqu'une politique fait l'objet d'une décentralisation territoriale ou fonctionnelle, il convient de s'assurer de sa cohérence avec les objectifs des poliitques nationales.

---

[147] Le rôle stratégique de l'Etat étant peu développé dans le pilotage de ces commissions, comme le souligne la l'audit de modernisation sur l'AAH réalisée par l'IGAS et l'IGF, *Rapport sur l'allocation aux adultes handicapés* 2006 Gilles Clavreul, Anne-Michèle Basteri, sous la supervision de François Auvigne ; Sylvain Picard ; Gautier Maigne, avril 2006.

[148] Sur une présentation plus détaillée des modalités de coordination entre acteurs, cf. la fiche thématique n°5.

- D'autres formes de régulation

En dehors d'un rôle de coordination, l'Etat assume une fonction de régulation par trois autres modalités plus diffuses mais dont l'impact peut être décisif.

La production de référentiels unificateurs des pratiques nécessairement diverses des acteurs

(cf. sur ce point la fiche thématique n° 5 sur la coordination et l'encadré n°7 sur l'hypothèse d'une méthode ouverte de coordination (MOC) nationale).

L'encadrement du travail social

Les statuts des travailleurs sociaux[149], appliqués à des professions diverses, se caractérisent par leur hétérogénéité.

Toutefois, un certain nombre de règles définissant leur droits et obligations dans l'exercice de leurs activités sont communes à toutes les professions ; elles relèvent de la régulation de l'Etat par le biais du code du travail, qu'il s'agisse de dispositions générales de celui-ci ou de dispositions spécifiques au secteur social et médico-social, ou par le biais des statuts rattachés au droit de la fonction publique.

En outre, des principes déontologiques communs ont été progressivement affirmés par la jurisprudence en matière d'obligations professionnelles – ces dispositions ont reçu une consécration législative avec la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 (article 6) qui a introduit dans le CASF l'obligation pour les fédérations et organismes représentatifs des personnes morales publiques et privées gestionnaires d'établissements et de services sociaux et médico-sociaux d'élaborer une charte nationale, publiée ensuite par arrêté du ministre des affaires sociales[150].

Enfin, des dispositions propres à chacune des professions du social existent ; si toutes les professions ne sont pas à proprement parler réglementées, toutes comportent toutefois des conditions d'accès : posséder un titre sanctionnant une formation ou obtenir un agrément.
Ainsi les professions d'assistant de service social et d'assistant maternel font-elles l'objet de deux titres du CASF[151]. L'accès aux autres professions du travail social est également soumis à l'obtention de certificats d'aptitude ; quatre professions requièrent notamment l'obtention d'un diplôme d'Etat : animateur, conseiller en économie sociale et familiale, éducateur de jeunes enfants et éducateur spécialisé. Enfin, le CASF comporte un titre consacré à la

---

[149] Le ministère des affaires sociales reconnaît une dizaine de professions comme relevant du travail social. En relèvent, en 2006, les directeurs d'établissements médico-sociaux et les nouveaux directeurs de services d'intervention sociale ; les éducateurs spécialisés, les assistants de service social, les conseillers en économie sociale et familiale, les éducateurs techniques, les moniteurs éducateurs, les éducateurs de jeunes enfants, les travailleuses familiales devenues les techniciennes d'intervention sociale et familiale, les auxiliaires médico-pédagogique, les assistantes maternelles (de manière récente) et les professionnels de l'animation titulaires du brevet ou du diplôme d'animation. Mais, comme le souligne le rapport annuel de l'IGAS 2005 *L'intervention sociale, un travail de proximité,* ce dénombrement n'est ni précis ni exhaustif : certains travailleurs sociaux, tels les éducateurs jeunes enfants, qui travaillent essentiellement dans des structures de garde collective ne font pas d'intervention sociale ; les assistantes maternelles n'en font que lorsqu'elles s'adressent à un public spécialisé (ASE, PJJ, psychiatrie...) ; les éducateurs spécialisés travaillent pour une large part en institutions médico-sociales, etc.

[150] Arrêté du 9 septembre 2003.

[151] Livre IV, titre I et II.

formation des travailleurs sociaux (titre V du livre IV) définissant les modalités d'encadrement par l'Etat. En la matière, la loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a opéré un transfert de compétences important au profit des régions, les établissements n'étant plus soumis qu'à une déclaration préalable à l'égard de l'Etat.

Le développement d'une « expertise du social »

Dans le cadre de la décentralisation, l'Etat est amené à remplir une mission d'intérêt général correspondant notamment à son rôle de garant de la cohésion sociale, en matière matière d'observation, d'évaluation et d'expertise[152].

Les articles L.312-8 et 9 du CASF relatifs à l'évaluation et aux systèmes d'information des établissements sociaux et médico-sociaux, ou les dispositions introduites par la loi du 18 décembre 2003 portant décentralisation du RMI (articles L. 262-48 à 262-54 du CASF) et la loi du 11 février 2005 sur les personnes handicapées (articles L 247-1 à L. 247-6 du CASF), témoignent de cette volonté de l'organisation de cette compétence d'expertise à partir de remontées d'informations.
Les travaux de l'INSEE, de la DREES et de la DARES contribuent notamment à nourrir cette expertise. Ainsi, l'article 25 de la loi du 7 janvier 1983 fait obligation aux collectivités locales d'élaborer et de transmettre à l'État les statistiques en matière d'action sociale et de santé liées à l'exercice des compétences transférées. Chaque année, la DREES envoie aux conseils généraux un questionnaire destiné à collecter au 31 décembre des informations sur les bénéficiaires et les dépenses relevant de leurs compétences ; en outre, la DREES multiplie en ce domaine les études ponctuelles.

En la matière, il convient de remarquer une double évolution :

- le développement de l'expertise, qui donne lieu à la mise en place de différents « comités des sages », « commissions d'experts », « agences », ou « conseils » (conseil d'analyse économique (CAE), conseil d'orientation des retraites (COR), conseil d'orientation pour l'emploi (COE))
- l'importance croissante pour les élus politiques nationaux et territoriaux de se doter d'outils capables de trier l'information, dans un contexte de démultiplication et de fragmentation des lieux de production des connaissances[153].

---

[152] Cf. notamment s'agissant des services déconcentrés *Evolution de l'organisation territoriale de l'Etat dans le domaine sanitaire et social*, IGAS, octobre 2003.
[153] Cf. Stéphane Caillou, « Expertise et action publique : un mariage de raison ? », *Horizons stratégiques*, revue trimestrielle du centre d'analyse stratégique, n° 1, juin 2006.

1.5 Fiche n° 5: Les modalités de coordination de l'aide et de l'action sociales

En matière d'aide et d'action sociales, la multiplicité d'intervenants, sur une même politique et/ou pour les mêmes publics, éventuellement sur un même territoire rend nécessaire une coordination des acteurs.

Les argumentaires en faveur d'une coordination sont en effet nombreux :

- l'efficacité, le partenariat devant apporter simplification et rationalisation
- l'adaptation aux réalités locales
- la territorialisation des problèmes sociaux selon une logique de transversalité
- la promotion de l'expérimentation
- la réponse à l'urgence et les contraintes budgétaires (nécessitant l'appel à toutes les bonnes volontés)
- la participation des usagers

Notons enfin que s'agissant des établissements et des services, la finalité des procédures instituées est précisément, selon les termes de l'article 2 de la loi du 30 juin 1975, de parvenir à une « coordination des interventions », à défaut d'une exigence supérieure de planification comme pour les établissements sanitaires.

La mission a effectué un inventaire des procédures de coordination prévues dans le code de l'action sociale et des familles et mis en évidence l'émergence au niveau territorial d'un schéma cible de coordination (1.5.1). En outre, elle propose un essai de typologie des modalités de coordination (1.5.2).

L'ensemble de ces observations a été effectué dans le cadre d'un repérage à visée cartographique. Il ne s'agit en aucun cas d'un audit ou d'une évaluation des modalités de coordination mises en œuvre. En revanche, une cartographie de l'aide et de l'action sociales faciliterait la réalisation d'audits ou d'évaluations.

1.5.1 Un schéma cible de coordination

1.5.1.1 Les procédures de coordination prévues dans le code de l'action sociale et des familles (CASF)

Avec l'aide de la DGAS, la mission a procédé à un relevé **des dispositions du CASF** ayant pour objet ou pour effet une coordination des acteurs, le terme coordination étant entendu ici dans un sens très large.

Le tableau suivant fournit un résumé de ce travail, classant les dispositifs par politique, par niveau territorial, et par fonction (observation et information ; évaluation ; concertation et coordination ; planification ; mise en œuvre opérationnelle) :

Tableau 39 : les dispositifs de coordination prévus dans le CASF

	Personnes handicapées Adultes	**Personnes âgées**	**Enfance et famille**	**Lutte contre la pauvreté et contre l'exclusion sociale**
		Au niveau national		
Information et observation	Observatoire national sur la formation, la recherche et l'innovation sur le handicap L.114- 3-		Observatoire de l'enfance en danger L. 226-6	Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale L.144-1
Evaluation	Rapport de la CNSA au Parlement L.14-10-3 VI	Rapport de la CNSA au parlement L 14-10-3 (personnes âgées dépendantes) Organisation d'un dispositif de suivi statistique L.247- 1 à L. 247-6	Rapport du gouvernement au parlement sur la politique familiale L. 112-1	Rapport du gouvernement au parlement sur la lutte contre les exclusions L.115-4 Organisation d'un dispositif de suivi statistique L.262-48 à L.262-54
	Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale L. 312-8			
Concertation et coordination	Conseil consultatif national des personnes handicapées L. 146-1 Conférence nationale du handicap L. 114-2-1 Comité interministériel d'animation en matière d'adaptation et de réanimation R. 114-1	Comité national des retraités et des personnes âgées D. 149-1 et s. Comité national de coordination gérontologique L.113-2	Haut conseil de la population et de la famille D. 141-1 Conseil national pour l'accès aux origines personnelles L. 147-1 Conseil supérieur de l'adoption L. 148-1 Comité interministériel de la famille et délégué interministériel à la famille D. 112-2 comité interministériel de l'enfance maltraitée D. 112-3	Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale L. 143-1 Comité interministériel de lutte contre les exclusions R.115-2

Planification	Schémas nationaux d'organisation sociale et médico-sociale (SNOSMS) L.312-4 et 5. Avis de la section sociale du comité national de l'organisation sanitaire et sociale L.312-3			
Opérateur national spécialisé	CNSA L.14-10-1	CNSA L.14-10-1 (personnes âgées dépendantes)	Service d'accueil téléphonique pour les mineurs maltraités L.226- 6 Autorité centrale pour l'adoption internationale L. 148- 2 Agence française de l'adoption L. 225-15	Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances L. 121-14 Agence d'insertion départements d'Outre-Mer L. 522-1
Au niveau régional				
Planification	Schéma régional d'organisation sociale et médico-sociale (SROSMS) (L. 312-5), après avis comité régional (CROSMS) (L. 312-3) *(ne s'applique qu'aux services et établissements financés par l'Etat)* Programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) L.312-5-1			
Au niveau départemental				
Concertation / coordination des acteurs	Conseil consultatif départemental des personnes handicapées L 146 2	Comité des retraités et des personnes âgées CODERPA L 149 1	Conseil départemental de l'enfance D.331-1 Commission départementale de l'accueil des jeunes enfants L. 214-5 (loi du 2/01/02) et D. 214-1 à 6 Dispositif permanent de recueil d'informations relatives aux enfants maltraités L.226-3	Conseil départemental d'insertion L.263-2
	Le département coordonne les actions concourrant à l'action sociale menées sur son territoire L.121-1			

Planification	Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale; adoption et modification sous la responsabilité du département après avis du CROSMS et de la commission départementale consultative . L. 312-4 et 5			
	Programme départemental d'insertion professionnelle des travailleurs handicapés L.146-2	Le département « coordonne, *dans le cadre du schéma départemental mentionné à l'article L. 312-4*, les actions menées par les différents intervenants » L. 113-2	Schéma pluriannuel de développement de l'accueil des jeunes enfants L.214-2	Programme départemental d'insertion L.263-1 Schéma départemental des CHRS[154] (évoqué à l'article L.311-9) Plan départemental d'action pour le logement des personnes défavorisés (PDALPD) R.115-1
Opérateur	Maison départementale des personnes handicapées L.146-3	CLIC L.232-13		

Ce tableau appelle deux commentaires :

- Deux dispositions transversales ont un rôle fondamental dans la coordination des actions d'aide et d'action sociales

D'une part, le département est chargé de la coordination des actions menées sur son territoire.

L'article L. 121 1 (art .49 de la loi du 13 août 2004) dispose : « *Le département définit et met en œuvre la politique d'action sociale, en tenant compte des compétences confiées par la loi à l'Etat, aux autres collectivités territoriales ainsi qu'aux organismes de sécurité sociale. Il* ***coordonne*** *les actions menées sur son territoire qui y concourent.* ***Il organise la participation des personnes morales de droit public et privé (…) à la définition des orientations en matière d'action sociale et à leur mise en œuvre*** **».**

L'analyse des travaux préparatoires à la loi permet de préciser que les actions citées incluent l'aide sociale légale mais aussi tous les dispositifs d'action sociale que chaque collectivité est libre de mettre en place pour ses usagers (aide au logement, accompagnement scolaire, etc.)[155].

Dans la ligne de cette compétence générale, la loi du 13 août 2004 :

- attribue au département la responsabilité de l'adoption et de la révision du schéma départemental (article L. 312-5) auquel tout projet d'autorisation d'établissement ou de service doit être compatible[156] (article L. 313-4-1) ;

---

[154] Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
[155] cf. avis Sénat n° 33, octobre 2003.
[156] Les annexes à caractère programmatique ne sont toutefois pas opposables.

- dispose que le département définit et met en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées. A cette fin après concertation avec le préfet, il adopte un schéma gérontologique départemental. Le département doit organiser la coordination des actions des différents acteurs, définir des secteurs géographiques d'intervention, organiser le fonctionnement des comités départementaux des retraités et personnes âgées, désormais placés auprès du président du conseil général et non plus présidés par le préfet. La responsabilité des centres locaux d'information et de coordination, les CLIC, est transférée de l'Etat au département. (article L. 113-2) ;

- complète, en matière d'insertion, la loi du 18 décembre 2003 décentralisant le RMI en décentralisant la gestion des fonds d'aide aux jeunes en difficulté ;

- supprime les instances et outils de coordination antérieurs (commission d'aide sociale d'urgence, comité départemental de la coordination des politiques de prévention et de lutte contre les exclusions), laissant les conseils généraux organiser la participation des autres acteurs à la définition et à la mise en œuvre de la politique d'action sociale[157] ;

D'autre part, les acteurs peuvent se coordonner par convention. Outre les conventions à objet particulier[158], on notera :

- les conventions de l'article L. 121-6 qui permettent à une commune d'exercer directement les compétences du département ;
- la convention pluriannuelle prévue à l'article L.312-6, liant l'Etat, le conseil général, les CCAS et les CIAS, permettant notamment de « garantir la continuité de la prise en charge ou de l'accompagnement des personnes accueillies » et d'organiser de façon cohérente l'action sociale et médico-sociale dans le département au-delà des clivages sectoriels et institutionnels ;
- les conventions prévues à l'article L. 312-7 du CASF, qui offrent aux établissements et services, par le biais de leurs organismes gestionnaires, un ensemble d'instruments de coordination pour assurer leur complémentarité et la continuité de la pris en charge d'une structure à l'autre.

➢ Tous les dispositifs de coordination ne sont pas codifiés

Sans prétention aucune à l'exhaustivité, on peut ainsi citer, en matière de lutte contre les exclusions, des dispositifs de création relativement ancienne, comme par exemple :

- le plan départemental d'hébergement d'urgence des personnes sans abri (loi du 21 juillet 1994)

---

[157] Les rapports d'évaluation de la loi relative à la lutte contre les exclusions établis par l'IGAS ont tous souligné les difficultés liés à la prolifération des instances consultatives ou de coordination. Cf. *Note de synthèse sur l'évaluation de la loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions,* Maryse Fourcade, Valérie Jeske, Pierre Naves, IGAS, mai 2004.

[158]convention de coordination entre le département et les organismes de sécurité sociale pour la mise en œuvre de l'APA (article L 232 13) ; convention entre le département et les autres collectivités territoriales ou avec des établissements ou services habilités pour l'accueil et l'hébergement des enfants confiés à l'ASE (article L .221-2 ; convention entre l'Etat , les collectivités territoriales et les organismes intervenant dans ce domaine pour la coordination de la prévention et de la lutte contre les exclusions (article R. 145-1)

- les schémas de services collectifs prévus par la loi d'orientation pour l' aménagement et le développement durable du territoire du 25 juin 1999 et d'autres plus récents ; ainsi, trois commissions ont été créées par décret du 7 juin 2006[159] :

La « commission départementale de l'emploi et de l'insertion » (au sens de l'insertion par l'activité économique) a pour but de coordonner l'action des services d'Etat (services déconcentrés et agences) entre eux et à coordonner « ses travaux avec ceux de commissions ou conseils placés auprès des collectivités territoriales dans le domaine de l'emploi et de l'insertion ».

La « commission départementale de la cohésion sociale » concerne les politiques décidées par l'Etat relatives à l'insertion sociale, la prévention et la lutte contre l'exclusion, la prévention des expulsions, l'accueil et l'intégration des personnes immigrées, et les politiques de la ville. Elle participe à la mise en place de ces politiques dans le département. Présidée par le préfet, elle est composée des représentants de l'Etat, des organismes sous tutelle, des collectivités territoriales, des usagers et des personnes morales de droit public ou privé concourrant à la cohésion sociale.

La « commission départementale pour la promotion de l'égalité des chances et la citoyenneté » concourt à la mise en œuvre de la politique publique de lutte contre les discriminations, le racisme et l'antisémitisme. Elle définit les actions de prévention, veille à l'application des instructions du gouvernement, arrête un plan d'action annuel, et dresse un bilan régulier des actions mises en œuvre.

En outre, en matière d'observation, il faut citer les observatoires régionaux mis en place par les DRASS et rassemblant les acteurs de l'aide et de l'action sociale.

Les éléments de la partie 1.5.1.2. permettent de compléter ce panorama au niveau territorial (régional, départemental et communal).

1.5.1.2 Un schéma cible de coordination

Le CASF dessine un schéma cible de coordination assez complet, qui n'est pas encore traduit dans la réalité.

- Un dispositif apparemment complet

Des dispositifs de coordination sont prévus à tous les échelons territoriaux (national, régional, départemental et infra départemental[160]).

Ce souci de coordination s'applique en outre aux principaux aspects du pilotage d'une politique publique.

- La conception, le suivi, et l'évaluation de la politique

---

[159] Articles 8 et 9 et 24 à 27 du décret 2006-665 du 7 juin 2006.

[160] Pour des raisons de commodité de lecture, ce niveau territorial n'apparaît pas dans le tableau mais il est mentionné dans le CASF : la commune est acteur de l'aide sociale (échelon d'instruction des demandes d'aide) et s'agissant du RMI sont prévus une commission locale d'insertion L 263 10 et un plan local d'insertion L263 14.

C’est le registre d’action de l’Etat à l’échelon national, niveau auquel se trouvent les instances d’observation et d’évaluation, les instances de concertation interministérielles, et les instances de consultation des représentants des grandes catégories d’usagers et/ou d’acteurs que sont les associations.

- La planification des objectifs et des moyens

Elle n’a pas la même importance et s’organise pas de la même façon à tous les échelons.
Elle est ainsi forte à l’échelon départemental, territoire privilégié de mise en œuvre des actions au titre de l’aide sociale.
Au niveau national, elle est réservée aux établissements et services dont l’activité le justifie.
Enfin au niveau régional elle ne porte que sur les établissements et services relevant de la compétence de l’Etat (SROSMS et PRIAC).

Un tableau relatif aux instances de planification des politiques de santé (offre de soins ou prévention) ou d’emploi et de formation aurait en revanche mis en évidence le rôle prépondérant de l’échelon régional.

- La délivrance des prestations en espèces et en nature

C’est la tâche des services en contact avec le public. Elle fait l’objet d’une coordination à visée opérationnelle qui s’organise au niveau où leurs actions se réalisent : c’est-à-dire le plus souvent au niveau infra départemental, selon un zonage différent selon les politiques.

Ce dispositif est commun aux grandes catégories de politiques d’aide et d’action sociales : enfance/ famille[161], personnes âgées, personnes handicapées, lutte contre la pauvreté et lutte contre l’exclusion sociale.

➢ Un schéma cible de mise en œuvre au niveau territorial

En effectuant le repérage des dispositifs prévus dans le CASF aux niveaux régional et départemental, la mission a discerné qu’au fil du temps et des réformes, un modèle de coordination cible semble s’être dégagé pour la mise en œuvre des politiques. Ce schéma distinguerait, pour chaque politique :

- Un acteur pilote
- Une instance de concertation entre les acteurs
- Un outil de planification territoriale
- Un référent ou un « guichet unique »

Le tableau suivant[162] a été dressé pour inciter au développement d’une analyse cartographiée. Il illustre pour les principales politiques le modèle de coordination cible, montrant toutefois qu’il existe souvent non pas une mais plusieurs instances et outils disponibles:

[161] Même si le regroupement effectué ici par la mission est trompeur, puisqu’il amalgame des dispositifs portant sur des sous-ensembles aussi différents que l’adoption, l’accueil de la petite enfance, l’aide sociale à l’enfance, et l’enfance maltraitée.
[162] établi par la mission à partir de l’analyse du CASF et d’observations d’acteurs de terrain.

Tableau 40 : schéma cible de coordination territoriale par politique

politique	**Acteur pilote** **+** copilote	**Instance de consultation/ concertation des acteurs**	**Outil de planification**	**Prestation de base**	**« Guichet »**
Petite enfance	**Département** + CAF + communes + Etat	Commission départementale de l'accueil des jeunes enfants (présidée par le PCG)	Contrats « enfance » (CAF) Schéma pluriannuel (facultatif) (communes)	Allocations familiales, Allocation parent isolé. .	CAF
Protection de l'enfance	**Département** +Etat (PJJ)	Conseil départemental de la protection de l'enfance (présidé par le préfet)	Schéma d'organisation sociale et médico-sociale (PCG) Schéma départemental de protection de l'enfance (P.C.G.)	Accueil AEMO	Service A.S.E.
Enfants handicapés	**Etat** (ministères de la santé et de l'éducation nationale)	Comité départemental consultatif des personnes handicapées C.D.C.P.H. Comité régional consultatif des personnes handicapées CRCPH Comité régional d'organisation sociale et médico-sociale CROSMS	Schéma d'organisation sociale et médico-sociale (PCG) Schémas régionaux d'organisation sociale et médico-sociale (préfet) Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie P.R.I.A.C. (préfet de région) programme départemental d'insertion des travailleurs handicapés PDITH (préfet-DDTEFP)	Allocation d'éducation des enfants handicapés A.E.E.H.	Maison départementale des personnes handicapées M.D.P.H.
Adultes handicapés	**Département** +Etat			Allocation aux adultes handicapés A.A.H. Prestation de compensation P.C.H.	

Personnes âgées	**Département** +Etat	Comité départemental des retraités et personnes âgées C.O.D.E.R.P.A Comité régional d'organisation sociale et médico-sociale CROSMS	P.R.I.A.C. (préfet de région) Schéma d'organisation sociale et médico-sociale/ Schéma gérontologique (PCG)	A.P.A. Minimum vieillesse	C.L.I.C.
Lutte contre les exclusions	**Département pour le RMI** et Etat pour la grande exclusion	comité départemental d'insertion C.D.I.[163] (P.C.G.) Commission locale d'insertion, CLI Commission départementale de l'emploi et de l'insertion CDEI (préfet) Commission départemental de cohésion sociale C.D.C.S. (Préfet)	Schéma Départemental d'accueil, d'hébergement et d'insertion, S.D.H.A.I. Plan départemental d'insertion , PDI Schéma d'accueil des gens du voyage Plan départemental d'action pour le logement des personnes défavorisées, PDALPD (cogéré Etat/dpt)	R.M.I. ASI CHRS Hébergement d'urgence	Services sociaux (CCAS + département) ANPE

1.5.1.3 Des difficultés d'application

Le modèle de coordination présenté ci-dessus répond à une logique de clarification et de cohérence. Toutefois, il n'est pas pleinement réalisé et sa réalisation se heurte à des difficultés. Sans prétendre à l'exhaustivité, la mission a simplement souhaité relever différents éléments de complexité et problèmes d'application fréquemment analysés dans les rapports d'évaluation ou de contrôle de ces politiques publiques. Une cartographie de l'aide et de l'action sociales devra proposer une présentation simplifiée de ces difficultés et de leurs origines.

- L'acteur pilote

La loi du 13 août 2004 relative aux libertés locales confie le rôle de « chef de file » au département[164].

---

[163] Composé notamment de représentants de l'Etat, des collectivités territoriales, des organismes chargés de l'emploi et de la formation professionnelle, et des associations et autres organismes œuvrant dans le domaine de l'insertion.

[164] Rôle nouveau pour les collectivités introduit par la révision constitutionnelle du 28 mars 2003 et le nouvel article 72 de la constitution: « aucune collectivité territoriale ne peut exercer une tutelle sur une autre. Cependant lorsque l'exercice d'une compétence nécessite le concours de plusieurs collectivités territoriales, la loi peut autoriser l'une d'entre elles ou un de leurs groupements à organiser les modalités de leur action commune ».

Certains éléments viennent toutefois compliquer la mise en place de cette option :

En matière de protection de l'enfance, le rôle de l'institution judiciaire est régulièrement l'objet de débats, et les circuits de signalement sont divers sur le territoire[165].

En outre, l'Etat conserve un rôle comme le montre l'adoption récente du plan de cohésion sociale, et la mise en place des CDCS (commission départementale de cohésion sociale) et CDEI (commission départementale de l'emploi et de l'insertion) toutes deux présidées par le préfet.

Enfin, peut apparaître une contradiction entre la désignation d'un pilote par politique thématique (emploi, logement…) et d'un pilote par public : le conseil général en matière d'insertion professionnelle des RMIstes ; le conseil régional en matière de formation professionnelle.

La notion même de « chef de file » qui n'est pas définie juridiquement ne suffit pas par elle-même à ordonner les relations entre les acteurs[166].

- L'effectivité des outils

S'il est vrai que ces différents dispositifs ont en commun une finalité de coordination des acteurs de l'aide et de l'action sociales, ils ont une portée très inégale.

La mission a ainsi regroupé pour simplifier les dispositifs en 5 grandes catégories : observation et information ; évaluation ; concertation et coordination ; planification ; mise en œuvre opérationnelle. En toute rigueur, il convient de définir un dégradé de dispositifs allant de l'information à la mise en œuvre et à son évaluation.

S'agissant des instances de concertation

La concertation et la coordination recouvrent des réalités très différentes selon:

- la finalité des dispositifs : la concertation ou la consultation ont pour finalité la réflexion, quand la coordination a pour but l'action ;
- leur débouché immédiat: les modalités de concertation/ consultation donnent lieu à des avis ou des orientations ; ces avis peuvent eux-mêmes être obligatoires ou non, et lier ou non le décideur. En revanche, la coordination produit directement une décision ;
- les acteurs concernés : les dispositifs peuvent rassembler les usagers ou les représentants de ceux-ci et/ou les acteurs décisionnels ou de mise en œuvre des politiques.

Ainsi, dans le domaine de la politique en faveur des personnes âgées, la CODERPA a essentiellement un rôle de consultation des usagers.

Dans le domaine des personnes handicapées, la CNCPH a vu son rôle consultatif classique s'élargir à un rôle d'évaluation de la situation des personnes handicapées et de proposition d'action au gouvernement et au Parlement. Au niveau local, coexistent en outre des instances

---

[165] Cf. *Recensement et analyse des bonnes pratiques en matière de signalement, dans le cadre de la protection de l'enfance*, Sylvie Boutereau-Tichet, Dominique Giorgi, Danièle Jourdain-Ménninger, Henri Moyen, IGAS, rapport n° 2006 011, janvier 2006.
[166] Cf. *L'intervention sociale, un travail de proximité*, rapport annuel de l'IGAS 2005.

consultatives (CDPH) et décisionnelles (commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, CDAPH).

En matière de lutte contre les exclusions, la CLI, qui avait un rôle décisionnel, n'a plus qu'un rôle de proposition et d'élaboration du PDI, rôle qui demeure toutefois plus important qu'une simple consultation ne débouchant pas sur une décision.

Dans le domaine de la protection de l'enfance, le conseil de protection de l'enfance[167] n'est plus consulté par le préfet en cas de fermeture d'établissements accueillant des mineurs en vertu de l'article L 331-7 (ordonnance n°2005-727 du 30 juin 2005). Toutefois le conseil doit notamment, en vertu de l'article D 331-4, proposer des modalités de collaboration des différents services dans le domaine de l'information des familles et du signalement des enfants en danger. Les difficultés pour organiser un circuit de signalement cohérent soulignent les limites du modèle type proposé[168].

Enfin on peut noter que l'avis du CROSMS s'inscrit dans une procédure formelle d'élaboration de documents opposables, ce qui n'est pas le cas des autres instances de consultation.

En matière de planification

Les outils de planification identifiés n'ont pas non plus nécessairement la même effectivité.

S'agissant des « contrats enfance » des CAF, le récent rapport IGAS-IGF sur le FNAS de la CNAF a largement souligné les faiblesses de cet outil de pilotage[169].

Les schémas départementaux de l'action sociale et médico-sociale déterminent « *les perspectives et les objectifs de développement de l'offre (…) et précisent le cadre de coopération entre les établissements* ». Ils ne constituent donc pas de véritables outils de planification au même titre que les PDI qui sont beaucoup plus formalisés. Ainsi, si les schémas départementaux de l'aide sociale à l'enfance sont utilisés comme documents de réflexion et de planification d'une politique, c'est en réalité sans fondement législatif

L'existence même et la qualité des différents schémas par politique (les départements n'élaborant en pratique pas un mais des schémas départementaux) est en outre inégale selon les départements[170].

[167] présidé par le préfet, il comprend un juge des enfants, un magistrat du parquet, un directeur départemental de la PJJ, le DDASS, un MISP, l'inspecteur d'académie, le DDJS, le DD des services de police, le commandant du groupement de gendarmerie, deux représentants des associations familiales, un représentant des CAF, un représentant des CPAM, deux représentants des associations de jeunesse, un conseiller général, un maire, des personnes qualifiées (trois maximmum).

[168] Cf. *Recensement et analyse des bonnes pratiques en matière de signalement, dans le cadre de la protection de l'enfance*, Sylvie Boutereau-Tichet, Dominique Giorgi, Danièle Jourdain-Ménninger, Henri Moyen, IGAS, rapport n° 2006 011, janvier 2006.

[169] Cf. *Rapport sur le fonds d'action sociale de la CNAF*, Valérie Delahaye, Henri Moyen, Nathalie Poppinger, Cécilia Berthaud, Sébastien Proto, IGAS –IGF, avril 2006

[170] Cf. dans le domaine de la protection de l'enfance : Défenseur des enfants, *Rapports annuels* (2000 à 2004). On comptait 80 schémas départementaux de protection de l'enfance fin 2004, contre 25 en 1999. Et s'agissant des schémas gérontologiques : *Les personnes âgées dépendantes*, rapport public particulier, Cour des comptes, novembre 2005. En 2003, près un département sur deux ne disposait pas d'un schéma gérontologique opérationnel, et en avril 2005, 43 départements avaient un schéma adopté depuis moins de 5 ans.

Le choix de l'échelon territorial pertinent conditionne également l'effectivité des outils de planification. Le choix de l'échelon départemental comme niveau de planification est cohérent avec les compétences du département en matière d'aide sociale, mais il faut adapter la procédure financière : les enveloppes nationales de l'assurance maladie et de l'Etat sont réparties au niveau régional. En outre, le comité consultatif intervenant dans la procédure d'autorisation est également régional (CROSMS). L'échelon régional peut d'ailleurs également être jugé pertinent s'agissant des outils d'observation.

Ainsi, s'agissant des personnes âgées ou des personnes handicapées, plusieurs outils de planification coexistent. En effet, si le département pilote les schémas départementaux, l'Etat est compétent pour l'autorisation et la tarification des établissements délivrant des prestations fournies par l'assurance maladie. En outre, la planification sanitaire relève des ARH pour les hôpitaux (schéma et comité régionaux de l'organisation sanitaire et sociale, SROSS et CROSS) et des CPAM pour les soins de ville, ce qui rend difficile l'articulation entre les secteurs médico-social et sanitaire[171].

C'est notamment le rôle des PRIAC (programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie, arrêtés par les préfets de région), dont la première génération date de mars 2006, de contribuer à mettre en cohérence la programmation des crédits de l'Etat et de la sécurité sociale avec les SROSS et les schémas départementaux. La caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a apporté un soutien méthodologique à l'élaboration de ces programmes. Comme le souligne la Cour des comptes[172], l'enjeu est essentiel et la tâche de la CNSA délicate notamment du fait de l'hétérogénéité (voire l'inexistence) des schémas médicaux-sociaux départementaux et des lacunes de coordination entre conseils généraux et ARH. (Cf. l'encadré n°8 sur la CNSA.)

On notera enfin que la technique de la convention est indispensable aux coordinations opérationnelles (exemples : convention entre l'Etat et le département pour la constitution des MDPH ou entre le département et l'ANPE pour la prise en charge des allocataires du RMI par l'Agence).

Concernant le "guichet"

Ce terme désigne moins une réalité matérielle que la finalité d'un lieu aisément repérable par les bénéficiaires potentiels des différentes aides. Toutefois si le modèle cible identifie un lieu unique par politique, ce guichet unique par politique est loin d'être réalisé.

S'agissant de la politique gérontologique par exemple, le rôle et l'implantation des CLIC sont très hétérogènes ; ils coexistent souvent avec d'autres dispositifs de coordination ou d'information (comme les réseaux de santé).

En outre, une tension peut exister entre l'idée d'un guichet par politique et la progression vers une approche globalisée des personnes. Dans le cas du RMI, la formule a été retenue d'un guichet multiple et non unique, afin de permettre une diversité dans l'accueil des populations à la mesure de la diversité de leurs difficulté.

---

[171] Cf. dans le cas des personnes âgées *Les personnes âgées dépendantes*, rapport public particulier, Cour des comptes, novembre 2005.
[172] *Les conditions de mise en place et d'affectation des ressources de la CNSA*, juillet 2006.

- La recherche d'une harmonisation des pratiques

Au-delà de la coordination des acteurs, on peut constater la recherche d'une harmonisation des pratiques par le biais de la production de référentiels. On peut citer comme exemple, en matière de protection de l'enfance, les référentiels établis par l'Observatoire de l'action sociale décentralisée (ODAS) et l'Observatoire national de l'enfance en danger (ONED). En outre, la loi du 11 février 2005 a confié à la CNSA un « rôle d'expertise technique et de proposition pour les référentiels nationaux d'évaluation des déficiences et de la perte d'autonomie, ainsi que pour les méthodes et outils pour apprécier les besoins individuels de compensation » (article 56).

La mise en place de ces référentiels ne va pas sans difficulté, comme le montre l'exemple de la protection de l'enfance. La distinction opérationnelle opérée par l'ODAS entre enfants maltraités et enfants en risque y est ainsi généralement utilisée par les acteurs de terrain faute de définition juridique claire. Comme l'a souligné l'ONED, la pluralité des approches et des définitions rend complexe le recueil de statistiques fiables[173].

Pourtant, les quelques difficultés d'application évoquées s'agissant notamment des instances de concertation et des outils de planification montrent que la construction de référentiels communs aux acteurs qui doivent se coordonner est un enjeu décisif, notamment dans le contexte de la décentralisation où la définition de modalités de coordination homogènes sur tout le territoire peut être questionnée[174]. A cet égard, l'exemple de la démarche mise en place au niveau communautaire par le biais de la « méthode ouverte de coordination » (MOC), utilisée en matière d'emploi et d'inclusion sociale, est instructif, dans la mesure où plusieurs travaux ont souligné l'impact cognitif de cette méthode, et donc son rôle à la fois dans la convergence des problématiques et des politiques, ainsi qu'en matière de procédures et de gouvernance[175].

C'est ainsi que la possibilité de transposer[176] la méthode européenne en mettant en place une MOC nationale entre Etat et collectivités locales a été envisagée[177]. Une telle transposition offrirait en effet une méthode reprenant en grande partie les éléments du modèle cible évoqué

---

173 Cf. *Premier rapport annuel au parlement et au gouvernement*, ONED, septembre 2005 et Rapport de la commission des Affaires sociales sur le projet de loi réformant la protection de l'enfance, Sénat, 14 juin 2006.

174 La désignation du département comme chef de file de l'action sociale s'est d'ailleurs accompagnée de la suppression de tous les instruments de coordination mis en place sous l'égide de l'Etat par la loi de lutte contre les exclusions (Commission d'action sociale d'urgence, comité départemental de coordination des politiques de prévention et de lutte contre les exclusions, et convention de coordination en la matière), laissant les conseils généraux organiser la participation des autres acteurs à la définition et à la mise en œuvre de la politique d'action sociale.

175 Cf. les travaux de J.C.Barbier sur la stratégie européenne pour l'emploi : voir notamment J.C. Barbier, avec la collaboration de Ndongo Samba Sylla. *La stratégie européenne pour l'emploi : genèse, coordination communautaire et diversité nationale,* rapport de recherche pour la DARES, CEE, janvier 2004. Cf aussi « L'impact des politiques communautaires sur la politique française de lutte contre les exclusions » in *L'Europe sociale*, rapport annuel de l'IGAS, 2006.

176 Certes, la situation de l'Union européenne au regard des Etats membres est à distinguer juridiquement de la situation de l'Etat dans le cadre d'une république décentralisée, où les compétences sont partagées, et où l'Etat législateur conserve un rôle fondamental. Toutefois, la mise en évidence des analogies entre les deux situations et l'intérêt politique de l'examen d'une transposition sont apparus très clairement à la mission.

177 Le groupe de travail du CNLE sur « Pilotage et articulation des politiques de lutte contre les exclusions définies aux niveaux européens, national et local », présidé par V.Fayet et B.Lacharme a préconisé, dans son rapport de février 2006, le développement d'une MOC nationale de lutte contre les exclusions. La proposition est reprise dans le rapport annuel de l'IGAS, *L'Europe sociale*, 2006.

ci-dessus, tout en l'enrichissant et en l'uniformisant. (cf. encadré n°7 sur l'hypothèse d'une MOC nationale)

encadré 7 : L'hypothèse d'une MOC nationale[178]

La mise en place d'une MOC nationale reposerait sur les outils suivants :
- la détermination d'objectifs communs
- l'élaboration de plans départementaux
- la fixation d'indicateurs
- l'échange de bonnes pratiques

La fixation d'objectifs communs devrait permettre de renouveler le rôle de l'Etat, au-delà du pilotage d'ensemble par la loi et des mécanismes d'intervention propres à l'Etat, grâce à une déclinaison plus fine des orientations législatives exprimant la nécessité :
- de partenariats dans la mise en œuvre des politiques d'action sociale,
- et d'une certaine harmonisation territoriale, dans la limite des divergences, parfois importantes, de contextes locaux et sociaux.

Cette évolution nécessiterait que des moyens suffisants soient consacrés à la tenue de débats, forums, mobilisant toutes les technologies disponibles. Elle devrait être considérée comme un enrichissement du débat démocratique, avant et après que le Parlement se fut prononcé, dans le respect de la libre administration des collectivités locales.

L'élaboration de plans départementaux permettrait de formaliser davantage les schémas existant en s'inspirant du PDI.

La fixation d'indicateurs permettrait de franchir une étape décisive allant au-delà de la production d'informations standardisées, qui constitue déjà une difficulté majeure. Des démarches sont en cours notamment au sein d'un groupe de travail, organisé au sein du Conseil national de l'information et des statistiques (CNIS) et chargé de proposer d'ici fin 2006 un système cohérent d'informations annuelles sur les inégalités sociales, les revenus et la pauvreté. La CNSA s'est également vue confier la mission d'élaborer des indicateurs de la qualité du service rendu par les MDPH (cf. encadré n°8 sur la CNSA).

L'échange de bonnes pratiques s'il était encouragé et organisé permettrait une harmonisation des différents lieux et modalités de mutualisation aujourd'hui existant, mis en place aujourd'hui à l'initiative de l'Etat (ONED, CNSA) ou des collectivités (l'Association des maires de France (AMF), l'Assemblée des départements de France (ADF), l'Association des régions de France (ARF), l'Association nationale des directeurs de l'action sociale et de santé (ANDASS), le réseau IDEAL (Information sur le développement, l'environnement et l'aménagement local).

1.5.2 Essai de typologie des modalités de coordination dans la mise en œuvre des politiques

La mission n'avait pas pour mandat d'analyser les avantages et inconvénients de cette situation. Elle s'en est tenue à son rôle cartographique. Dans ce cadre, elle estime que l'outil

[178] Les éléments de l'encadré reprennent en grande partie les développements du rapport annuel de l'IGAS, *L'europe sociale*, 2006.

cartographique doit impérativement rendre compte d'une des conséquences pratiques de la multiplicité des acteurs, à savoir les modalités diverses de coordination - le terme de coordination étant employé ici de façon générique pour désigner plus une finalité (travailler ensemble) qu'une procédure précise. Une cartographie de l'aide et de l'action sociales en présente donc de façon simplifiée (par exemple sous forme de tableaux) les formes existantes ou en construction.

Traditionnellement, la politique d'aide et d'action sociales s'est construite autour de catégories de personnes ayant des problèmes similaires : chômage, handicap, âge, charge d'enfants. Cette logique correspond à une approche classique des phénomènes sociaux qui a prévalu également dans l'organisation par risque du système de sécurité sociale. Dans ce cadre, la coordination est simplement rendue nécessaire par la pluralité d'acteurs intervenant en faveur de la même catégorie identifiée comme cible de la politique. C'est le cas que nous qualifierons de « classique » (partie 5.2.1)

Toutefois, d'autres cas de coordination peuvent être identifiés, lorsque les publics ciblés sont différents, et/ou que les difficultés qu'ils rencontrent sont diverses.

Le tableau suivant résume ces quatre cas types identifiés par la mission :

	problème identique	problèmes différents
Public identique	Politique classique, droits sociaux classiques ex : l'aide sociale à l'enfance (ASE), qui nécessite la coordination entre divers services du département et entre ceux-ci et l'Etat (la PJJ)	Reprendre des politiques existantes et les coordonner ex : la politique en faveur de l'enfance nécessite d'articuler politiques scolaire, sociale, sanitaire, et judiciaire
Publics différents	Reconstruction d'une politique ex : l'identité du problème de la dépendance conduit à rapprocher la prise en charge de plusieurs catégories de publics (personnes âgées et personnes handicapées mineurs et adultes) relevaient précédemment de politiques différentes.	. Cas de la lutte contre l'exclusion notamment : elle vise des publics différents, qui sont menacés d'exclusion pour des motifs divers (âge, sexe, état de santé, lieu de résidence, nationalité , qualification), et sont confrontés à des problèmes eux mêmes diversifiés (d'emploi, de santé, de logement, de charge familiale, de dépendance…).

1.5.2.1 Le cas "classique": coordonner des interventions pour un même public ayant un problème spécifique

Les modalités de coordination mises en œuvre sont alors celles identifiées dans le schéma cible décrit ci-dessus.

1.5.2.2 Coordonner des interventions pour un même public ayant des problèmes différents

Au-delà du cas d'un public identifié ayant un problème spécifique, qui fonde l'approche classique des droits sociaux et des politiques d'aide et d'action sociales, situations qui

nécessitent à elles seules la coordination d'un grand nombre d'acteurs, une coordination peut être recherchée entre des interventions diverses mais s'adressant à un même public.

Par exemple, dans le domaine des politiques en faveur des enfants et de la jeunesse, une articulation doit être recherchée entre politique scolaire, politique sociale, politique sanitaire, et politique judiciaire.

Le cas de la protection de l'enfance évoqué plus haut illustre d'ailleurs la difficulté à isoler de façon fine un problème ciblé pour un public particulier : il s'agit plutôt d'un continuum de situations auxquelles un même public peut être confronté. C'est ainsi que le projet de loi réformant la protection de l'enfance prévoit d'étendre les missions de la PMI de la prévention sanitaire à la prévention sociale.

Ce type d'articulation nécessite de coordonner :

- différents acteurs (département, Etat, CAF) comme dans le cas « classique » de coordination évoqué plus haut.
- mais aussi différents services dépendant d'un même acteur
- ainsi par exemple, au sein du département, entre les services de la PMI et les services de l'ASE qui proposent des aides au titre de l'aide légale, de l'aide extralégale et de l'aide facultative.
- Et, concernant l'Etat, entre ministères (Justice, Education nationale) et en leur sein (par exemple au sein de l'Education Nationale, l'enseignement et la santé scolaire).

1.5.2.3 Coordonner des interventions pour des publics différents ayant un problème identique

L'évolution de la société (démographique, économique, culturelle) peut conduire à faire émerger un problème identique pour des publics initialement répertoriés comme différents et relevant à ce titre de politiques différentes.

Le cas de la lutte contre la dépendance illustre cette convergence : entre deux publics (personnes âgées et personnes handicapées) précédemment rattachés à des politiques différentes, s'effectue un rapprochement par le biais de la notion de dépendance. Ce rapprochement s'explique à la fois :

- par des aspects techniques (s'agissant de l'évaluation de la dépendance, l'utilisation d'une même grille est évoquée, de même que le rapprochement des équipes d'évaluation médico-sociales pour l'élaboration des plans personnalisés) ;

- par l'évolution commune des politiques en faveur des personnes âgées et personnes handicapées vers la définition de politiques globales, visant à insérer la personne dans la société[179]. Cette logique intégratrice[180] est associée à une individualisation croissante des prestations dans les deux cas (plans individualisés de compensation du handicap, plan d'aide individualisé pour les personnes âgées). Enfin les prestations elles-mêmes (APA et

---

[179] C'est l'ambition de la politique en faveur des personnes âgées depuis le rapport Laroque en 1962. La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées renforce également, s'agissant des personnes handicapées, cette visée intégratrice.

[180] Qui rapproche ces politiques des politiques d'insertion.

PCH) présentent des caractéristiques communes, de par leur caractère « hybride » empruntant aux différentes techniques d'intervention (cf. partie 2 sur les notions).

Dans ce cas, la coordination pourrait passer par la convergence totale et la recréation d'une autre politique autour d'un nouveau public cible : les personnes dépendantes, l'âge n'étant plus considéré comme un critère pertinent.

Cette fusion n'a pas été effectuée, comme en témoignent la persistance de modalités mise en œuvre distinctes : deux instances de concertation et deux « guichets » (cf. plus haut).

Cependant, la création de la CNSA et d'un outil de planification commun, le PRIAC, illustrent un mouvement de convergence partielle mais réelle.

encadré 8 : La CNSA

Créée par la loi n° 2204-626 du 30 juin 2004, modifiée par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), a été installée le 2 mai 2005.

Ses missions sont multiples :

- gérer et répartir les crédits entre les départements et les régions pour financer des actions relatives à la perte d'autonomie et à la compensation du handicap : à compter de 2006, la CNSA répartit l'enveloppe globale dont elle dispose (anciennes recettes du FFAPA, ONDAM personnes âgées et handicapées, contribution de 0,3 % et supplément de CSG de 0,3 %) en enveloppes régionales limitatives pour les établissements ou services d'une part, et entre les départements pour le financement de l'APA d'autre part.
- élaborer des référentiels d'évaluation des besoins de compensation ;
- assurer un rôle d'expertise et d'appui dans l'élaboration des schémas nationaux ou interdépartementaux ;
- contribuer à l'information et au conseil sur les aides techniques ;
- assurer un échange d'expériences et d'information entre les MDPH, diffuser les bonnes pratiques d'évaluation individuelle des besoins et veiller au traitement équitable des demandes de compensation ;
- participer à l'élaboration d'indicateurs et d'outils de recueil de données anonymisées ;
- participer à des actions de recherche et assurer une coopération avec les institutions étrangères ayant le même objet.

La CNSA est donc un établissement d'un genre nouveau qui s'apparente à la fois :

- à une caisse de sécurité sociale, dans son rôle d'encaissement et de répartition de ressources ; toutefois il faut noter les différences d'organisation avec les branches de la sécurité sociale, puisque la CNSA ne dispose pas de réseau autonome au niveau local et n'est pas gérée de façon paritaire (le conseil de 48 membres comprend des représentants de l'Etat (quasi majoritaire), du Parlement, des CG, des partenaires sociaux, des institutions qualifiées et associations).

- à une agence, compte tenu de ses missions d'expertise technique et d'appui, de régulation et d'harmonisation ;

Comme le souligne la Cour des comptes dans son rapport sur « *Les conditions de mise en place et d'affectation des ressources de la CNSA* »[181], l'insertion de cette institution particulière dans le dispositif institutionnel classique est complexe.

1.5.2.4 Coordonner des interventions pour des catégories de publics différentes des catégories classiques, et ayant des problèmes multiples

Le dernier cas type de coordination identifié par la mission réside dans la situation où des publics différents selon les critères classiques de définition des publics cibles de la protection sociale (jeunes, personnes âgées, malades ou non…) sont confrontés à des problèmes eux mêmes diversifiés (d'emploi, de santé, de logement, de charge familiale, de dépendance…). Le cas le plus emblématique est celui de la politique de lutte contre les exclusions (cf. encadré n°9 ci-dessous).

Ce cas est différent du cas exposé en partie 5.2.2. dans la mesure où les politiques à mobiliser ne sont pas *a priori* dédiées à un public menacé d'exclusion – alors que dans l'exemple cité en 5.2.2., la politique d'enseignement ou la PMI sont directement tournées vers les enfants.

encadré 9 : La prise en charge des personnes en difficulté sociale dans le CASF

A l'instar des aides à l'enfance, aux personnes âgées ou aux personnes handicapées, c'est une des « formes de l'aide et de l'action sociales » mentionnées par le CASF. Elle y figure sous la dénomination de « lutte contre la pauvreté et contre l'exclusion sociale »[182].

Le CASF donne une description du contenu des dispositifs mobilisables au titre de « la lutte contre la pauvreté et les exclusions ». L'article R 115 –1 précise que « *Outre le revenu minimum d'insertion, le dispositif de réponse à l'urgence sociale et de lutte contre la pauvreté comprend notamment des mesures d'accueil et d'hébergement d'urgence mises en œuvre dans le cadre des programmes de lutte contre la pauvreté et la précarité, les actions menées à partir des CHRS, l'aide à la prise en charge des factures d'impayés d'eau et d'énergie, les dispositifs locaux d'accès aux soins des plus démunis, les mesures prévues pour la prévention et le règlement des difficultés liées au surendettement des particuliers et des familles, les plans départementaux d'action pour le logement des personnes défavorisées, les mesures favorisant le retour à l'emploi et la lutte contre l'exclusion professionnelle, notamment par l'insertion par l'activité économique, la politique de la ville et le développement social des quartiers.* »

Ce texte appelle deux commentaires :

[181] juillet 2006.

[182] Livre II (Différentes formes d'aide et d'action sociales), titre VI du CASF (article L.261-1 à L. 263-19 et R. 261-1 à R. 263-2), qui comprend trois chapitres : logement, RMI, actions d'insertion. Le livre I (« principes généraux ») comprend également un chapitre (V) consacré à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion : ce chapitre reprend l'article 1er de la loi du 1er décembre 1988 créant le RMI (article L. 115-1), rappelle que la lutte contre les exclusions constitue un « impératif national » mobilisant l'ensemble des acteurs publics et privés (article L. 115-2), et prévoit un mécanisme d'évaluation de la loi (article L. 115-4). Le chapitre V du titre I comprend également un article (L. 115-3) sur le droit au maintien des services publics de base (eua, énergie, téléphone), qu'il aurait été plus pertinent d'inclure dans le livre II, titre VI (cf. en ce sens note de Michel Borgetto sous l'article du code).

Ces dispositions couvrent l'ensemble du champ de l'actuel plan de cohésion sociale (PCS) (l'emploi, le logement, le maintien des moyens d'existence, politiques dont la responsabilité est répartie entre l'Etat, des organismes sociaux et les collectivités territoriales), même si elles ne concernent que les situations d'urgence sociale et de pauvreté, alors que le PCS porte au-delà (il s'adresse également à des salariés de bas niveau de qualification et disposant de rémunération modeste et il porte sur la prévention des situations d'exclusion).

Une grande part de l'efficacité de ces dispositifs réside dans la mise en œuvre, par les services de proximité. Il s'agit du département et de la commune, services « en régie » ou prestataires ou partenaires de ceux-ci, ou encore des antennes locales des services nationaux, comme les CAF ou l'ANPE. Il leur revient d'accueillir les personnes, d'analyser leurs difficultés, de repérer leurs besoins réels et de mobiliser les moyens dont ils disposent ou dont d'autres institutions disposent pour répondre à leurs problèmes quels que soient les acteurs responsables. C'est l'enjeu des questions de coordination locale exposées dans les passages ci-contre.

Les droits sociaux classiques étaient fondés sur des critères objectifs et renvoyant à des prestations spécialisées prenant en charge un besoin (aide sociale) ou un risque (assurance sociale) spécifiques. Ils renvoyaient donc aisément à des groupes d'appartenance (travailleurs, invalides, personnes âgées). En cherchant à mobiliser des aides de toute nature pour des publics divers, l'approche des politiques publiques change en s'adressant non au groupe mais à l'individu. Les interventions sont alors bâties comme un ensemble d'actions individualisées « à la carte » visant à un objectif très large d'institution de l'individu comme acteur social.

La problématique rencontrée est alors double :
- les bénéficiaires potentiels sont susceptibles d'être exclus des différentes aides disponibles (problématique de « l'accès à ») ;
- l'approche de leurs difficultés doit être pluridisciplinaire.

La mission a repéré trois éléments de structuration de la coordination des acteurs pour répondre à cette double exigence.

- L'intégration de la problématique des personnes menacées d'exclusion dans les politiques sectorielles nationales

La double problématique de la lutte contre l'exclusion (apporter une offre pluridisciplinaire à des populations menacées de ne pas accéder à leurs droits) a été intégrée dans les politiques nationales sectorielles (emploi, logement, santé), et ce de trois manières.

L'harmonisation des objectifs des politiques sectorielles avec ceux de la lutte contre l'exclusion

Ainsi, en matière de politique de l'emploi, les objectifs du programme « accès et retour à l'emploi » de la mission « travail » sont articulés avec ceux du programme de cohésion sociale[183], comme le rappelle l'encadré n°11 ci-dessous.

*encadré 10 **:** L'articulation des objectifs du programme « accès au retour à l'emploi » et des orientations du plan de cohésion sociale (PCS)*

[183] Cf. Rapport d'audit du CIAP sur le projet de programme « accès et retour à l'emploi » de la mission « travail », Elisabeth Kahn, Joël Delplanque, Gildas Le Coz, janvier 2005.

Parmi les onze programmes du « pilier emploi » du P.C.S., 5 concernent l'objet du programme accès au retour à l'emploi (programme P2) :

- Fédérer les acteurs pour un nouveau contrat avec les demandeurs d'emploi
- Accompagner 800 000 jeunes en difficulté vers l'emploi durable
- De l'assistance à l'emploi, une chance pour le pays tout entier
- Développer l'économie solidaire
- Favoriser le retour à l'emploi des chômeurs de longue durée.

La substance et la formulation des objectifs de P2 ont été délibérément modifiées, par rapport à des versions antérieures, pour tenir compte de la logique et des prescriptions du PCS, particulièrement les objectifs :

- n°2, référence aux besoins des bassins d'emploi, inclusion d'indicateurs sur les maisons de l'emploi et les plates-formes de vocation
- n°5, axé sur les nouveaux contrats aidés fusionnés et simplifiés (CAE et CIE)
- n° 6, revisité pour s'adapter aux caractéristiques du contrat d'avenir
- n°7, 8 et 9, figurant dans P2 dès l'origine, qui sont porteurs de deux priorités fortes du volet emploi du PCS (jeunes sans qualification et économie solidaire).

Source : *Rapport d'audit du CIAP sur le projet de programme « accès et retour à l'emploi » de la mission « travail »*, Elisabeth Kahn, Joël Delplanque, Gildas Le Coz, janvier 2005.

De même, la construction du document de politique transversale « inclusion » témoigne en elle-même de la prise en compte au sein de politiques nationales diverses de la problématique de l'inclusion, et d'un effort pour les répertorier dans un souci de rationalisation.

En outre, une démarche d'harmonisation est en cours concernant les indicateurs, le CNLE devant établir une liste commune d'indicateurs de mesure de la pauvreté[184].

Le développement de dispositifs ou outils dédiés aux publics menacés d'exclusion au sein des politiques sectorielles :

- s'agissant de la politique de l'emploi

Les dispositifs d'aide pour l'accès à l'emploi ont été, depuis la loi de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998, davantage ciblés sur les personnes en difficulté. C'est aujourd'hui le cas des contrats aidés des secteurs marchand (contrat d'insertion - revenu minimum d'activité (CI-RMA), contrat initiative emploi (CIE), contrat jeune en entreprise (CJE)) et non marchand (contrat d'avenir (CA) et contrat d'accompagnement dans l'emploi (CAE)), le CI-RMA et le CA étant réservés aux bénéficiaires de minima sociaux. Le CIVIS (contrat d'insertion dans la vie sociale) est également un outil conçu pour favoriser la construction d'un parcours d'insertion pour les jeunes en difficulté.

L'ANPE, opérateur de l'Etat, a également intégré la lutte contre les exclusions :

- en adaptant son offre de services pour proposer des dispositifs adaptés aux allocataires de minima sociaux, aux habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville, ou aux

[184] Décision du CILE du 12 mai 2006. Sur ce point cf. *L'europe sociale*, rapport annuel, IGAS, 2006.

jeunes en difficulté par l'intermédiaire des missions locales[185]. La mise en place d'une offre de service adaptée en fonction du profil du demandeur d'emploi[186] répond également à ce souci ;

- en proposant des services qui ne sont pas spécifiques à la recherche d'un emploi ou d'une formation : c'est le cas avec l'appui social individualisé. L'ANPE s'éloigne alors de son cœur de métier en recourant à des organismes (associations le plus souvent) chargés d'accompagner les personnes en difficulté pour favoriser leur insertion sociale et professionnelle, en levant les obstacles personnels et sociaux à l'embauche. Les moyens de financer les prestataires spécialisés sont mis à disposition de l'ANPE par l'Etat (DDASS).

- s'agissant de la politique du logement, le plan de cohésion sociale prévoit notamment[187] :

- une convention entre l'Etat et l'Union sociale pour l'habitat pour augmenter la production de logements sociaux
- la mobilisation des moyens de l'ANAH pour produire des logements privés à loyers maîtrisés

- en matière de santé : les programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), la création des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont des exemples de cette création d'outils spécifiques.

La rénovation des modes d'organisation de ces politiques sectorielles

Depuis la loi de cohésion sociale du 18 janvier 2005, le service public de l'emploi est élargi et son rôle conforté comme instance de coordination des différents acteurs de l'emploi et de la formation professionnelle (Etat, ANPE, AFPA mais aussi UNEDIC, qui appartiennent au « premier cercle » et collectivités locales qui peuvent y concourir). Or, le plan de cohésion sociale désigne les publics menacés d'exclusion comme des publics prioritaires des SPE régionaux et départementaux.

- ➢ La prise en compte des problématiques de l'exclusion par les acteurs de proximité

La contribution de l'action sociale des départements et des communes

Les départements et communes consacrent une partie de leurs aides à des actions relevant de la politique de lutte contre les exclusions, en mettant en place des dispositifs pour les personnes menacées d'exclusion, qui complètent les aides dédiées de l'Etat évoquées ci-dessus (cf. parties 4.12, 4.1.3 et 4.1.4).

L'arbitrage entre polyvalence, spécialisation, pluridisciplinarité

---

[185] Des dispositifs adaptés sont également proposés aux personnes handicapées.
[186] Libre accès, appui individualisé, accompagnement renforcé, accompagnement social.
[187] Les actions relatives à l'hébergement d'urgence (mentionnées dans l'axe logement du plan de cohésion sociale) ne sont pas répertoriés ici ; bien que concourrant à la lutte contre l'exclusion, ils ne relèvent pas en effet aux yeux de la mission de dispositifs dédiés au sein de politiques sectorielles mais constituent en eux-mêmes une politique.

Comme l'a souligné le rapport annuel de l'IGAS sur l'intervention sociale, cette multiplication de services sociaux spécialisés au sein de chaque institution (établissements scolaires, dans les organismes de logement social, dans les services de l'emploi…) présente néanmoins le risque de voir coexister des approches parcellaires des problèmes des usagers. Les services sociaux généralistes sont également susceptibles de ne recevoir dans ce cadre que les cas les plus lourds. C'est pourquoi l'appui sur des services sociaux polyvalents est également une voie recherchée.

Afin d'apporter une réponse globale et individualisée aux personnes en situation d'exclusion ou menacées d'exclusion, l'intervention d'un travailleur social polyvalent peut permettre d'assurer une réponse de proximité pluridisciplinaire aux besoins d'un individu. C'est ainsi le travailleur social qui ira « puiser » parmi les aides disponibles celles qui correspondent aux besoins de l'individu.

La mise en œuvre de cette logique ne va toutefois pas sans soulever des interrogations.

Si la « polyvalence de secteur » demeure le cadre majoritaire du travail social, certains départements recherchent également une certaine spécialisation, parfois couplée avec une désectorisation[188]. Une distinction est ainsi opérée entre la pluridisciplinarité à offrir aux populations et la polyvalence, les départements recherchant la meilleure manière d'offrir la pluridisciplinarité dans un équilibre entre polyvalence et spécialisation.

En outre, le mouvement de « déconventionnement » né de la décentralisation est aujourd'hui presque achevé. Il a conduit à la remise en cause de la mise à disposition de la polyvalence de secteur de travailleurs sociaux des CAF et MSA. Ainsi, la clarification des rôles issues de la décentralisation a pu conduire à limiter la polyvalence pour certains acteurs (les caisses) qui se sont repositionnées sur des services spécialisés[189].

La recherche du bon échelon de territorialisation

C'est une préoccupation des <u>départements et des communes</u>. Le découpage des "circonscriptions d'action sociale" n'est pas toujours articulé avec celui des CLI (commission locale d'insertion), des CLIC (commission locale d'information et de concertation), et des autres découpages des services techniques ou sociaux de l'action départementale et de l'action communale. Les publications à venir de la DREES sur les résultats des enquêtes portant respectivement sur 4 départements et sur 4 communes font état des options que les collectivités adoptent pour répondre à ces exigences.

S'agissant des <u>services publics nationaux</u> la mise en place du programme de cohésion sociale a accéléré leur adaptation au « zonage » des quartiers de la politique de la ville. Cette adaptation de l'offre de services peut parfois soulever des difficultés, comme le montre les observations d'un rapport de l'IGAS réalisé en 2004[190] s'agissant de l'accessibilité des services de l'ANPE pour les populations des zones urbaines sensibles (ZUS) (cf. encadré n°12 ci-dessous).

---

[188] Cf. *L'intervention sociale, un travail de proximité*, IGAS, rapport annuel 2005.
[189] ibid.
[189] Evaluation de la mobilisation des crédits de droit commun de l'Etat et contribution à l'évaluation des contrats de ville sur trois territoires, rapport de synthèse définitif, Maryse Fourcade, Gildas Le Coz, Daniel Lejeune, Danielle Vilchien, rapport n° 2004 168, avril 2005.

encadré 11 : La territorialisation au service de publics en difficulté- l'exemple de l'ANPE et des habitants des ZUS

Sur les trois sites sur lesquels ses investigations ont porté, l'IGAS constate que les diverses formules de rapprochement avec le public (localisation physique des ALE par rapport aux ZUS, mais également existence d'autres points de contact avec le public, points opérationnels dépendant de l'ANPE ou de partenaires de l'ANPE, équipes spécialisés…) « *coexistent dans des conditions plus ou moins satisfaisantes selon les sites étudiés* » ajoutant que « *ce problème est très important, compte tenu des réticences de la population des ZUS à se déplacer, souvent dues à des difficultés objectives de transport* ».

Le rapport conclut sur ce point « *qu'une expertise serait utile sur la pertinence et la faisabilité d'un réseau de proximité qui permettrait à l'ANPE d'être plus présente dans les quartiers, à effectif global constant et sous condition de renforts ciblés.* »

Le rapport constate en outre que *« les documents de l'ALE prévoient bien des plans d'action correspondant aux problèmes d'insertion auxquels sont particulièrement confrontés les habitants des ZUS, mais ces plans d'action sont centrés sur les « problèmes des personnes » et ne font pas de la ZUS une cible prioritaire en tant que telle».* La mission de l'IGAS recommande donc de matérialiser par des *« plans d'actions »* les moyens que le SPE, et, dans ce cadre, l'ANPE, mettent en place pour garantir aux populations l'accès aux services auxquels leur situation leur donne droit. Elle souligne que la mise en œuvre du plan de cohésion sociale, de l'enveloppe unique régionalisée en particulier, justifie cette approche territorialisée.

Enfin le rapport souligne les difficultés que peuvent rencontrer les équipes en contact avec des « clients », employeurs et personnes à la recherche d'un emploi, dont les attentes ne sont pas spontanément convergentes, difficulté particulièrement marquée s'agissant des quartiers de la politique de la ville.

Source : Rapport IGAS n° 2004 168, avril 2005 cité plus haut

- Une agence spécialisée "politique/public/territoire" : le cas de l'ANCSEC

Dans trois domaines précis (insertion- RMI, intégration des populations étrangères, ville), une coordination spécifique a été mise en place sur le modèle du « schéma cible » évoqué plus haut : un pilote, une instance de concertation, un outil de planification, une prestation de base, un « guichet » et un référentiel.

La coordination est créée autour d'un public (bénéficiaires du RMI), d'une finalité (intégration des étrangers) ou d'un territoire (politique de la ville).

La création récente de l'agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (ANCSEC) renouvèle cette approche. Elle a pour ambition d'intégrer la politique de la ville et la politique d'intégration (cf. encadré n° 10). Cette évolution revient ainsi sur le découpage par catégorie cible antérieur, pour accentuer l'unification des outils disponibles.

encadré 12 : L'agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances

L'agence poursuit trois objectifs :

- regrouper le maximum de moyens d'action publics pour la cohésion sociale et l'égalité des chances en faveur des territoires et des populations menacés d'exclusion ;

- assurer la coordination de ces moyens dans le temps, l'espace, et l'action (près de 100 dispositifs gérés par plus de 10 ministères ayant été recensés) ;

- garantir la convergence des moyens ainsi rassemblés vers ces territoires et ces populations.

Ce « corps d'objectifs » n'est pas nouveau ; c'est celui des politiques de la ville et de l'intégration. Dans ce contexte, l'agence est moins une rupture qu'un outil nouveau dont on escompte plus d'efficacité au regard de ces trois objectifs.

Le champ d'intervention de l'agence couvre trois spécialités

- la mise en œuvre du volet « égalité des chances » du plan de cohésion sociale (PCS) ;
- la prise en charge des personnes habitant des quartiers sensibles (les ZUS et les territoires présentant des caractéristiques analogues aux ZUS). C'est la cible « territoire » de l'agence ;
- la mise en œuvre du volet « promotion » pris en charge par le FASILD de la politique d'intégration des populations issues de l'immigration. C'est la cible « population » de l'agence.

source : IGAS, juin 2006

En conclusion de ces développements sur la coordination, la mission suggère :

- de suivre dans la cartographie la coordination des politiques d'aide et d'action sociales comme un thème à part entière, au même titre que l'efficacité, la qualité et le coût des prestations.
- de concentrer le suivi sur quelques aspects dont l'application de l'article L. 121-1 du CASF faisant du département le chef de file de l'action sociale.

Annexe 2 : les sources issues des enquêtes de DREES utilisées par la mission

Les enquêtes de la DREES sur l'action des départements et des communes utilisées par la mission.

Départements

	Dépenses aide sociale obligatoire	Bénéficiaires aide sociale obligatoire	Dépenses extralégales et facultatives
Source	*Études et Résultats* n° 453 décembre 2005[1]	*Études et Résultats* n° 428 septembre 2005	*Études et Résultats* n° 317 juin 2004
Cadre de l'enquête	Enquête annuelle de la DREES		
Champ de l'enquête	Ensemble des départements		
Taux de réponse	99 %		44 départements
Date des données	2004	2004	2002

L'article 25 de la loi du 7 janvier 1983 fait obligation aux collectivités locales d'élaborer et de transmettre à l'État les statistiques en matière d'action sociale et de santé liées à l'exercice des compétences transférées. Chaque année, la DREES envoie aux conseils généraux un questionnaire destiné à collecter au 31 décembre des informations sur les bénéficiaires et les dépenses relevant de leurs compétences.

La Drees a ajouté en 2000 à l'enquête un volet destiné à connaître les dispositifs d'aide facultative éventuellement mis en place par les départements afin de prendre en charge l'accès aux soins de personnes non bénéficiaires de la CMU.

Les informations manquantes de la part des conseils généraux ont été estimées. Les dépenses totales d'Apa ont été évaluées à partir des montants issus de la Direction générale de la comptabilité publique arrêtés en juin 2005. Ensuite, la répartition des dépenses entre l'Apa à domicile ou en établissement a été estimée en fonction de la répartition nationale des départements répondants. Les allocations du Rmi-Rma et les récupérations d'indus correspondantes proviennent de la Commission consultative sur l'évaluation des charges, sur la base de données issues des comptes administratifs de la Direction générale des collectivités locales. Pour les autres résultats, en règle générale, les estimations détaillées 2004 ont été faites en appliquant aux données 2003 de chaque département non répondant, son taux d'évolution annuel moyen entre 1998 et 2003.

[1] On retrouve ces données actualisées dans une publication de la DREES : Séries statistiques. Document de travail. n° 93 mars 2006 .

Communes

	Plus de 100 à 5000 habitants	Plus de 5000 à moins de 200 000
Publication	*Études et Résultats*, n° 271, novembre 2003	*Études et Résultats*, n° 307, avril 2004
Cadre de l'enquête	Enquête spécifique	
Champ de l'enquête	échantillon de 1663 communes sur les 30 805 communes de 100 à moins de 5 000 habitants	1923 communes (ensemble des communes de 5 000 habitants ou plus ont été enquêtées)
communes répondantes	1019	813
Taux de réponse	61%	42%
Date des données		

La mission a en outre pu consulter les premiers résultats d'une monographie encore inédite de la DREES : Fatima Bellaredj, Olivier Drouard, Marie-Laure Pouchadon, Antoine Vérétout, Joël Zaffran, « l'action sociale facultative des communes - analyse comparée dans quatre communes », DREES, *Études et résultats*, à paraître.



Annexe 3 : liste des opérateurs des ministères sociaux fin 2005

	Nom de la structure	Sigle	Statut	catégorie de regroupement	opérateur principal O/N ?	Multi-imputé O/N/?	Imputation Mission / Programme action / MPA n°1	service Responsable du programme N°1	responsable du BOP d'imputation des crédits	contrat d'objectifs	Imputation MPA n°2	Imputation MPA n°3	Imputation MPA n°4
Santé - Affaires sociales	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé	INPES	EPA		OUI	N	Santé : Santé publique et prévention - politique de santé ; déterminants de santé - pathologies à forte mortalité - qualité de la vie et handicap	DGS	DGS	non			
Santé - Affaires sociales	Institut National du Cancer (en création)	INCa	GIP		OUI	N	Santé : Santé publique et prévention - politique de santé ; déterminants de santé - pathologies à forte mortalité - qualité de la vie et handicap	DGS	DGS	non			
Santé - Affaires sociales	Agence technique de l'information et de l'hospitalisation	ATIH	EPA		NON	N	Santé : Offre de soins et qualité du système de soins-soutien	DHOS	DHOS				
Santé - Affaires sociales	Agences régionales d'hospitalisation	ARH	GIP	agences réionales d'hospitalisation		N	Santé : Offre de soins et qualité du système de soins-soutien	DHOS	DHOS				
Santé - Affaires sociales	GIP "carte de professionnel de santé"	GIP-CPS	GIP		NON	N	Santé : Offre de soins et qualité du système de soins-soutien	DHOS	DHOS				
Santé - Affaires sociales	Drogue Alcools Tabac Info Service	DATIS	GIP		OUI	N	Santé : Drogue et toximanie - coordination interministérielle des volets préventifs, sanitaire et répressif	MILDT	MILDT	non			
Santé - Affaires sociales	Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies	OFDT	GIP		OUI	N	Santé : Drogue et toximanie - coordination interministérielle des volets préventifs, sanitaire et répressif	MILDT	MILDT	non			
Santé - Affaires sociales	Toxibase		Association		OUI	N	Santé : Drogue et toximanie - coordination interministérielle des volets préventifs, sanitaire et répressif	MILDT	MILDT	non			
Santé - Affaires sociales	Centre Interministériel de Formation Anti Drogue	CIFAD	GIP		OUI	N	Santé : Drogue et toximanie - coordination interministérielle des volets préventifs, sanitaire et répressif - coopération internationale	MILDT	MILDT	non			
AA - Santé - Affaires sociales + Ecologie	Agence française de sécurité environnementale	AFSSE	EPA	agences de sécurité sanitaire	OUI	O	Sécurité sanitaire : Veille et Sécurité sanitaires - veille, surveillance expertise et alerte ; gestion des urgences, des situations exceptionnelles et des crises ; information et formation	DGS	DGS	non	Écologie et développement durable : Prévention des risques et lutte contre les pollutions	Recherche et enseignement supérieur : Recherche dans le domaine des risques et des pollutions	
Santé - Affaires sociales	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé	AFSSAPS	EPA	agences de sécurité sanitaire	OUI	N	Sécurité sanitaire : Veille et Sécurité sanitaires - veille, surveillance expertise et alerte ; gestion des urgences, des situations exceptionnelles et des crises ; production et mise en œuvre de règles, de recommnadations, de décisions et autres dispositifs, information et formation	DGS	DGS	non			
Santé - Affaires sociales	Etablissement français des greffes et agence de biomédecine	EFG - ABM	EPA	Agences de sécurité sanitaire	OUI	N	Sécurité sanitaire : Veille et Sécurité sanitaires - veille, surveillance expertise et alerte ; gestion des urgences, des situations exceptionnelles et des crises ; production et mise en œuvre de règles, de recommnadations, de décisions et autres dispositifs, information et formation	DGS	DGS	non			
Santé - Affaires sociales	Etablissement français du sang	EFS	EPA		NON	N	Sécurité sanitaire : Veille et Sécurité sanitaires - veille, surveillance expertise et alerte ; gestion des urgences, des situations exceptionnelles et des crises ; production et mise en œuvre de règles, de recommnadations, de décisions et autres dispositifs, information et formation	DGS	DGS	non			
Santé - Affaires sociales	Institut de veille sanitaire	InVS	EPA	Agences de sécurité sanitaire	OUI	N	Sécurité sanitaire : Veille et Sécurité sanitaires - veille, surveillance expertise et alerte ; gestion des urgences, des situations exceptionnelles et des crises ; production et mise en œuvre de règles, de recommnadations, de décisions et autres dispositifs, information et formation	DGS	DGS	en cours d'élaboration			
Santé - Affaires sociales	Institut national de la transfusion sanguine	INTS	GIP	Agences de sécurité sanitaire	NON	N	Sécurité sanitaire : Veille et Sécurité sanitaires - veille, surveillance expertise et alerte ; gestion des urgences, des situations exceptionnelles et des crises ; production et mise en œuvre de règles, de recommnadations, de décisions et autres dispositifs, information et formation	DGS	DGS	non			

Santé - Affaires sociales	Laboratoire français de fractionnement et des biotechniques	LFB	GIP		NON	N	Sécurité sanitaire : Veille et Sécurité sanitaires - veille, surveillance expertise et alerte ; gestion des urgences, des situations exceptionnelles et des crises ; production et mise en œuvre de règles, de recommnadations, de décisions et autres dispositifs, information et formation	DGS	DGS	non			
AA-Agriculture + Santé affaires sociales	*Agence française de sécurité sanitaire des aliments*	*AFSSA*	*EPA*		*OUI*	*O*	*Sécurité sanitaire : Sécurité et qualité sanitaires de l'alimentation*	*DGA*			*Recherche et enseignement supérieur : Enseignement supérieur et recherche agricoles*	*Sécurité sanitaire : Veille et Sécurité sanitaires*	
AA-Ecologie + Santé et affaires sociales	Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire	IRSN	EPIC		OUI	O	Recherche et enseignement supérieur : Recherche dans le domaine des risques et des pollutions				Sécurité sanitaire : Veille et Sécurité sanitaires - veille, surveillance expertise et alerte ; gestion des urgences, des situations exceptionnelles et des crises ; information et formation		
Santé - Affaires sociales	Institut de formation aux carrières administratives, sanitaires et sociales de Dieppe	IFCASS	GIP		NON	N	Solidarité et intégration : Politiques en faveur de l'inclusion sociale - prévention de l'exclusion	DGAS	DGAS	en cours d'élaboration			
Santé - Affaires sociales	Fonds d'action et de soutien pour l'intégration et la lutte contre les discriminations	FASILD	EPA		OUI	N	Solidarité et intégration : Accueil des étrangers et intégration - participation à la régulation des migrations ; intégration	DPM	DPM	non			
Santé - Affaires sociales	Office des migrations internationales (Agence nationale de l'accueil et des migrations - ANAM - en création)	OMI - ANAM	EPA		?	N	Solidarité et intégration : Accueil des étrangers et intégration - participation à la régulation des migrations ; intégration	DPM	DPM	non			
Santé - Affaires sociales	GIP "Enfance maltraité" (ex-SNATEM)		GIP		NON	N	Solidarité et intégration : Actions en faveur des familles vulnérables - protection des enfants et de leur famille	DGAS	DGAS				
Santé - Affaires sociales	Institut national des jeunes aveugles de Paris	INJA	EPA	INJ	NON	N	Solidarité et intégration : Handicap et dépendance - compensation des conséquences du handicap	DGAS	DGAS	non			
Santé - Affaires sociales	Institut national des jeunes sourds de Bordeaux	INJSB	EPA	INJ	NON	N	Solidarité et intégration : Handicap et dépendance - compensation des conséquences du handicap	DGAS	DGAS	non			
Santé - Affaires sociales	Institut national des jeunes sourds de Chambéry	INJSC	EPA	INJ	NON	N	Solidarité et intégration : Handicap et dépendance - compensation des conséquences du handicap	DGAS	DGAS	non			
Santé - Affaires sociales	Institut national des jeunes sourds de Metz	INJSM	EPA	INJ	NON	N	Solidarité et intégration : Handicap et dépendance - compensation des conséquences du handicap	DGAS	DGAS	non			
Santé - Affaires sociales	Institut national des jeunes sourds de Paris	INJSP	EPA	INJ	NON	N	Solidarité et intégration : Handicap et dépendance - compensation des conséquences du handicap	DGAS	DGAS	non			
Santé - Affaires sociales	Fonds spécial invalidité	FSI	EPA		NON	N	Solidarité et intégration : Handicap et dépendance - ressources d'existence	DGAS	DGAS ou DSS ?	non			
Santé - Affaires sociales	Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie - fonds CMUC	Fonds CMU	EPA		OUI	N	Solidarité et intégration : Protection maladie complémentaire - accès à la protection maladie complémentaire	DSS	DSS	non			
Santé - Affaires sociales	GIP - Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique en Réseau	ESTHER	GIP		OUI	N	Solidarité et intégration : Conduite et soutien des politiques sanitaires et sociales - Etat major de l'administration sanitaire et sociale	DAGPB	DAEI	en cours d'élaboration			
Santé - Affaires sociales	Ecole nationale de la santé publique (Ecole des Hautes Etudes de la Santé Publique en création)	ENSP (EHESP)	EPA		NON	N	Solidarité et intégration : Conduite et soutien des politiques sanitaires et sociales- soutien de l'administration sanitaire et sociale	DAGPB	DAGPB	non			
Travail	Agence nationale pour l'emploi	ANPE	EPN		OUI	O	Travail : Accès et retour à l'emploi	DGEFP			Travail : Accompagnement des mutations économiques, sociales et démographiques		
Travail	Fonds de solidarité		EPA		OUI	N	Travail : Accès et retour à l'emploi	DGEFP					

AA-Travail + Outre-mer + Agriculture	Centre national pour l'aménagement des structures des exploitations agricoles	CNASEA	EPA		OUI	O	Travail : Accompagnement des mutations économiques, sociales et démographiques	DGEFP			Travail : Accès et retour à l'emploi	Travail : Développement de l'emploi	Outre-mer : Emploi Outre-mer
Travail	Association nationale pour la formation professionnelle des adultes	AFPA	Association		OUI	O	Travail : Accompagnement des mutations économiques, sociales et démographiques	DGEFP			Travail : Accès et retour à l'emploi		
Travail	Centre pour le développement de l'information sur la formation permanente	Centre INFFO	Association		OUI	N	Travail : Accompagnement des mutations économiques, sociales et démographiques	DGEFP					
Travail	Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail	ANACT	EPA		OUI	N	Travail : Amélioration de la qualité de l'emploi et des relations du travail	DRT					
AA-Travail + MENESR	Centre d'étude et de recherche sur les qualifications	CEREQ	EPA		OUI	O	Travail : Gestion et évaluation des politiques de l'emploi et de travail	DAGEMO			Enseignement scolaire : Soutien de la politique de l'éducation nationale		
Travail	Centre d'étude de l'emploi	CEE	EPA		OUI	N	Travail : Gestion et évaluation des politiques de l'emploi et de travail	DAGEMO					
Travail	Institut national du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle	INTEPF			OUI	N	Travail : Gestion et évaluation des politiques de l'emploi et de travail	DAGEMO					
Equipement	Agence nationale pour la rénovation urbaine	ANRU	EPIC			N	Ville et logement : Rénovation urbaine	DIV					
Equipement	Caisse de garantie du logement locatif social	CGLLS	EPA			N	Ville et logement : Développement et amélioration de l'offre de logement	DGUHC					
Equipement	Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat	ANAH	EPA			N	Ville et logement : Développement et amélioration de l'offre de logement	DGUHC					

	Nom de la structure	Sigle	Statut	catégorie de regroupement	opérateur principal O/N ?	Multi-imputé O/N/?	Imputation Mission / Programme action / MPA n°1	service Responsable du programme N°1	responsable du BOP d'imputation des crédits	contrat d'objectifs	Imputation MPA n°2	Imputation MPA n°3	Imputation MPA n°4
AA-Travail + MENESR	Centre d'étude et de recherche sur les qualifications	CEREQ	EPA		OUI	O	Travail : Gestion et évaluation des politiques de l'emploi et de travail	DAGEMO			Enseignement scolaire : Soutien de la politique de l'éducation nationale		
Travail	Centre d'étude de l'emploi	CEE	EPA		OUI	N	Travail : Gestion et évaluation des politiques de l'emploi et de travail	DAGEMO					
Travail	Institut national du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle	INTEPF			OUI	N	Travail : Gestion et évaluation des politiques de l'emploi et de travail	DAGEMO					
Santé - Affaires sociales	Ecole nationale de la santé publique (Ecole des Hautes Etudes de la Santé Publique en création)	ENSP (EHESP)	EPA		NON	N	Solidarité et intégration : Conduite et soutien des politiques sanitaires et sociales- soutien de l'administration sanitaire et sociale	DAGPB	DAGPB	non			
Santé - Affaires sociales	GIP - Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique en Réseau	ESTHER	GIP		OUI	N	Solidarité et intégration : Conduite et soutien des politiques sanitaires et sociales - Etat major de l'administration sanitaire et sociale	DAGPB	DAEI	en cours d'élaboration			
AA-Agriculture + Santé affaires sociales	*Agence française de sécurité sanitaire des aliments*	*AFSSA*	*EPA*		*OUI*	*O*	*Sécurité sanitaire : Sécurité et qualité sanitaires de l'alimentation*	*DGA*			*Recherche et enseignement supérieur : Enseignement supérieur et recherche agricoles*	*Sécurité sanitaire : Veille et Sécurité sanitaires*	
Santé - Affaires sociales	Institut de formation aux carrières administratives, sanitaires et sociales de Dieppe	IFCASS	GIP		NON	N	Solidarité et intégration : Politiques en faveur de l'inclusion sociale - prévention de l'exclusion	DGAS	DGAS	en cours d'élaboration			
Santé - Affaires sociales	GIP "Enfance maltraité" (ex-SNATEM)		GIP		NON	N	Solidarité et intégration : Actions en faveur des familles vulnérables - protection des enfants et de leur famille	DGAS	DGAS				
Santé - Affaires sociales	Fonds spécial invalidité	FSI	EPA		NON	N	Solidarité et intégration : Handicap et dépendance - ressources d'existence	DGAS	DGAS ou DSS ?	non			
Santé - Affaires sociales	Institut national des jeunes aveugles de Paris	INJA	EPA	INJ	NON	N	Solidarité et intégration : Handicap et dépendance - compensation des conséquences du handicap	DGAS	DGAS	non			
Santé - Affaires sociales	Institut national des jeunes sourds de Bordeaux	INJSB	EPA	INJ	NON	N	Solidarité et intégration : Handicap et dépendance - compensation des conséquences du handicap	DGAS	DGAS	non			
Santé - Affaires sociales	Institut national des jeunes sourds de Chambéry	INJSC	EPA	INJ	NON	N	Solidarité et intégration : Handicap et dépendance - compensation des conséquences du handicap	DGAS	DGAS	non			
Santé - Affaires sociales	Institut national des jeunes sourds de Metz	INJSM	EPA	INJ	NON	N	Solidarité et intégration : Handicap et dépendance - compensation des conséquences du handicap	DGAS	DGAS	non			
Santé - Affaires sociales	Institut national des jeunes sourds de Paris	INJSP	EPA	INJ	NON	N	Solidarité et intégration : Handicap et dépendance - compensation des conséquences du handicap	DGAS	DGAS	non			
Travail	Agence nationale pour l'emploi	ANPE	EPN		OUI	O	Travail : Accès et retour à l'emploi	DGEFP			Travail : Accompagnement des mutations économiques, sociales et démographiques		
Travail	Fonds de solidarité		EPA		OUI	N	Travail : Accès et retour à l'emploi	DGEFP					
AA-Travail + Outre-mer + Agriculture	Centre national pour l'aménagement des structures des exploitations agricoles	CNASEA	EPA		OUI	O	Travail : Accompagnement des mutations économiques, sociales et démographiques	DGEFP			Travail : Accès et retour à l'emploi	Travail : Développement de l'emploi	Outre-mer : Emploi Outre-mer
Travail	Association nationale pour la formation professionnelle des adultes	AFPA	Association		OUI	O	Travail : Accompagnement des mutations économiques, sociales et démographiques	DGEFP			Travail : Accès et retour à l'emploi		
Travail	Centre pour le développement de l'information sur la formation permanente	Centre INFFO	Association		OUI	N	Travail : Accompagnement des mutations économiques, sociales et démographiques	DGEFP					
Santé - Affaires sociales	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé	INPES	EPA		OUI	N	Santé : Santé publique et prévention - politique de santé ; déterminants de santé - pathologies à forte mortalité - qualité de la vie et handicap	DGS	DGS	non			

Santé - Affaires sociales	Institut National du Cancer (en création)	INCa	GIP		OUI	N	Santé : Santé publique et prévention - politique de santé ; déterminants de santé - pathologies à forte mortalité - qualité de la vie et handicap	DGS	DGS	non			
AA - Santé - Affaires sociales + Ecologie	Agence française de sécurité environnementale	AFSSE	EPA	agences de sécurité sanitaire	OUI	O	Sécurité sanitaire : Veille et Sécurité sanitaires - veille, surveillance expertise et alerte ; gestion des urgences, des situations exceptionnelles et des crises ; information et formation	DGS	DGS	non	Écologie et développement durable : Prévention des risques et lutte contre les pollutions	Recherche et enseignement supérieur : Recherche dans le domaine des risques et des pollutions	
Santé - Affaires sociales	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé	AFSSAPS	EPA	agences de sécurité sanitaire	OUI	N	Sécurité sanitaire : Veille et Sécurité sanitaires - veille, surveillance expertise et alerte ; gestion des urgences, des situations exceptionnelles et des crises ; production et mise en œuvre de règles, de recommnadations, de décisions et autres dispositifs, information et formation	DGS	DGS	non			
Santé - Affaires sociales	Etablissement français des greffes et agence de biomédecine	EFG - ABM	EPA	Agences de sécurité sanitaire	OUI	N	Sécurité sanitaire : Veille et Sécurité sanitaires - veille, surveillance expertise et alerte ; gestion des urgences, des situations exceptionnelles et des crises ; production et mise en œuvre de règles, de recommnadations, de décisions et autres dispositifs, information et formation	DGS	DGS	non			
Santé - Affaires sociales	Etablissement français du sang	EFS	EPA		NON	N	Sécurité sanitaire : Veille et Sécurité sanitaires - veille, surveillance expertise et alerte ; gestion des urgences, des situations exceptionnelles et des crises ; production et mise en œuvre de règles, de recommnadations, de décisions et autres dispositifs, information et formation	DGS	DGS	non			
Santé - Affaires sociales	Institut de veille sanitaire	InVS	EPA	Agences de sécurité sanitaire	OUI	N	Sécurité sanitaire : Veille et Sécurité sanitaires - veille, surveillance expertise et alerte ; gestion des urgences, des situations exceptionnelles et des crises ; production et mise en œuvre de règles, de recommnadations, de décisions et autres dispositifs, information et formation	DGS	DGS	en cours d'élaboration			
Santé - Affaires sociales	Institut national de la transfusion sanguine	INTS	GIP	Agences de sécurité sanitaire	NON	N	Sécurité sanitaire : Veille et Sécurité sanitaires - veille, surveillance expertise et alerte ; gestion des urgences, des situations exceptionnelles et des crises ; production et mise en œuvre de règles, de recommnadations, de décisions et autres dispositifs, information et formation	DGS	DGS	non			
Santé - Affaires sociales	Laboratoire français de fractionnement et des biotechniques	LFB	GIP		NON	N	Sécurité sanitaire : Veille et Sécurité sanitaires - veille, surveillance expertise et alerte ; gestion des urgences, des situations exceptionnelles et des crises ; production et mise en œuvre de règles, de recommnadations, de décisions et autres dispositifs, information et formation	DGS	DGS	non			
Equipement	Caisse de garantie du logement locatif social	CGLLS	EPA			N	Ville et logement : Développement et amélioration de l'offre de logement	DGUHC					
Equipement	Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat	ANAH	EPA			N	Ville et logement : Développement et amélioration de l'offre de logement	DGUHC					
Santé - Affaires sociales	Agence technique de l'information et de l'hospitalisation	ATIH	EPA		NON	N	Santé : Offre de soins et qualité du système de soins- soutien	DHOS	DHOS				
Santé - Affaires sociales	Agences régionales d'hospitalisation	ARH	GIP	agences réionales d'hospitalisation		N	Santé : Offre de soins et qualité du système de soins- soutien	DHOS	DHOS				
Santé - Affaires sociales	GIP "carte de professionnel de santé"	GIP-CPS	GIP		NON	N	Santé : Offre de soins et qualité du système de soins- soutien	DHOS	DHOS				
Equipement	Agence nationale pour la rénovation urbaine	ANRU	EPIC			N	Ville et logement : Rénovation urbaine	DIV					
Santé - Affaires sociales	Fonds d'action et de soutien pour l'intégration et la lutte contre les discriminations	FASILD	EPA		OUI	N	Solidarité et intégration : Accueil des étrangers et intégration - participation à la régulation des migrations ; intégration	DPM	DPM	non			
Santé - Affaires sociales	Office des migrations internationales (Agence nationale de l'accueil et des migrations - ANAM - en création)	OMI - ANAM	EPA		?	N	Solidarité et intégration : Accueil des étrangers et intégration - participation à la régulation des migrations ; intégration	DPM	DPM	non			

Travail	Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail	ANACT	EPA		OUI	N	Travail : Amélioration de la qualité de l'emploi et des relations du travail	DRT					
Santé - Affaires sociales	Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie - fonds CMUC	Fonds CMU	EPA		OUI	N	Solidarité et intégration : Protection maladie complémentaire - accès à la protection maladie complémentaire	DSS	DSS	non			
Santé - Affaires sociales	Centre Interministériel de Formation Anti Drogue	CIFAD	GIP		OUI	N	Santé : Drogue et toximanie - coordination interministérielle des volets préventifs, sanitaire et répressif - coopération internationale	MILDT	MILDT	non			
Santé - Affaires sociales	Drogue Alcools Tabac Info Service	DATIS	GIP		OUI	N	Santé : Drogue et toximanie - coordination interministérielle des volets préventifs, sanitaire et répressif	MILDT	MILDT	non			
Santé - Affaires sociales	Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies	OFDT	GIP		OUI	N	Santé : Drogue et toximanie - coordination interministérielle des volets préventifs, sanitaire et répressif	MILDT	MILDT	non			
Santé - Affaires sociales	Toxibase		Association		OUI	N	Santé : Drogue et toximanie - coordination interministérielle des volets préventifs, sanitaire et répressif	MILDT	MILDT	non			

Annexe 4 : relevé des principales lois relatives à l’aide et à l’action sociales depuis 1982

Relevé des principales lois relatives à l'aide et à l'action sociales

1° Lois relatives aux transferts de compétence (Décentralisation)

- Loi du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes départements et régions.
- Loi du 7 janvier 1983 et 22 juillet 1983 portant répartition des compétences entre l'Etat et les collectivités territoriales.
- Loi du 5 janvier 1988 dite « d'amélioration de la décentralisation» (précise les interventions économiques des collectivités locales et le champ de contrôle des chambres régionales des comptes).
- Loi du 1er décembre 1988 relative aux revenu minimum d'insertion (RMI).
- Loi du 24 janvier 1997 instaurant la prestation spécifique dépendance (PSD).
- Loi du 27 juillet 1999 instituant la couverture maladie universelle (CMU)
- Loi du 13 décembre 2000 dite « solidarité et renouvellement urbain » (SRU).
- Loi du 20 juillet 2001 et loi du 1er avril 2003 relatives à la prise en charge de la perte autonomie et à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).
- Loi du 22 février 2002 relative à la démocratie de proximité.
- Loi constitutionnelle du 28 mars 2003 relative l'organisation de la République.
- Loi du 1er août 2003 instaurant un droit d'expérimentation des collectivités territoriales et le referendum local
- Loi du 18 décembre 2003 confiant la gestion du RMI et le revenu minimum d'activité (RMA) aux départements.
- Loi du 29 juillet 2004 Autonomie financière des collectivités territoriales
- Loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, dite acte II de la décentralisation.

2° Lois ayant un autre objet que la décentralisation

- Ordonnance du 21 décembre 2000 relative au code de l'action sociale et des familles (CASF).
- Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico sociale.
- Loi du 17 janvier 2002 de modernisation sociale.
- Loi du 22 janvier 2002 sur l'accès aux origines.
- Loi du 1er août 2003. Loi d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine.
- Loi du 2 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance.
- Loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.
- Loi du 9 Août 2004 relative à la politique de santé publique.
- Loi du 18 janvier 2005 de programmation de la cohésion sociale.
- Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

- Loi du 4 juillet 2005 portant réforme de l’adoption
- Loi du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale.
- Loi du 23 mars 2006 relative au retour à l’emploi et aux droits et devoirs des bénéficiaires de minima sociaux.
- Loi du 31 mars 2006 pour l’égalité des chances.

Annexe 5 : liste des comités, instances et organismes auxquels participe la DGAS

Comités, instances et organismes auxquels participe la DGAS

❑ Animation, organisation ou tutelle assurée par la DGAS

Personnes âgées :
-Conseil d'administration de la CNSA
-Groupe de suivi national sur l'évolution des logements foyers
-Comité national des retraités et personnes âgées
-Comité national de coordination gérontologique
-Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées
-Comité de pilotage du programme « bien vieillir »

Personnes handicapées :
-Conseil d'administration de la CNSA
-Comité national autisme
-Comité de pilotage national « traumatisés crâniens »
-Comité de pilotage « groupes d'entraide mutuelle »
-Groupe national « polyhandicap »
-Comité de pilotage « OPALES »
-Comité de pilotage « systèmes d'information MDPH »
-Groupe national évaluation du handicap
-Groupe national « sites pour la vie autonome »
-Comité consultatif national pour l'enseignement des jeunes sourds
-Conseil d'administration du CTNERHI

Enfance Famille :
-Comité national sur la bientraitance
-GIP « enfance maltraitée »
-Conseil supérieur de l'adoption
-Comité national du parrainage
-Conseil national consultatif pour la médiation familiale
-Conseil technique des clubs et équipes de prévention spécialisée

Lutte contre l'exclusion :
-Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.
-Comité interministériel de lutte contre l'exclusion
-Conférence nationale de lutte contre l'exclusion

Vie associative, travail social.
-Conseil supérieur du travail social
-Commission nationale d'agrément des conventions collectives nationales et accords collectifs du travail
-Commission professionnelle consultative du travail social et de l'intervention sociale
-Groupe national de suivi de la décentralisation des formations au travail social

DGAS. 2006

Thèmes transversaux

-Comité national de l'organisation sanitaire et sociale (section sociale)
-Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale
-Journées des CTRI
-Comité de pilotage BDSL
-Groupe technique national sur le dossier de la personne accueillie ou accompagnée

- **Participation de la DGAS aux instances,organismes ou comités :**

Personnes âgées :
-Comité de pilotage du plan « Alzheimer »
-Comité de pilotage du plan « grippe aviaire »
-Comité national de suivi du développement des soins palliatifs et de l'accompagnement de la fin de vie (**février 2006**)
-Comité de pilotage « maladies chroniques »
-Conseil d'administration de la CNAV
-Conférence des directeurs de maisons de retraite publiques

Personnes handicapées :
-Comité national consultatif des personnes handicapées
-Conseil supérieur du reclassement professionnel
-AGEFIPH
-Conseil d'administration de l'INJA
-Conseils d'administration des INJS
-Comité national de suivi du plan psychiatrie/santé mentale
-Groupe de pilotage « soins de suites et réadaptation »
-Groupe de recherche sur les transports
-Commission nationale « culture et handicap »
-Commission interministérielle de la politique immobilière de l'Etat (FIAH)

Enfance Famille :
-Conférence de la famille.
-Conseil d'administration de la CNAF
-Conseil national pour l'accès aux origines personnelles
-Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires
-Comité national de pilotage des REAAP
-Autorité centrale pour l'adoption internationale puis Agence Française de l'adoption (**février 2006**)
-Groupe de pilotage « opération ville-vie-vacances »
-Groupe de pilotage « école ouverte »
-Conseil d'administration du GIP « bourses solidarité vacances »
-Commission nationale de la naissance (suivi notamment du plan périnatalité)

Lutte contre l'exclusion :
-Conseil national pour l'insertion par l'activité économique
-Commission nationale consultative des gens du voyage
.-Comité interministériel de contrôle de l'immigration
-Agence nationale de l'accueil des migrants(ANAEM)
-Comité d'orientation du fonds de cohésion sociale (Caisse des Dépôts)
-Conseil d'administration du fonds de financement de la CMU
-Conseil d'administration du FASILD
-Conseil d'administration de l'ANLCI
-Conseil supérieur de l'égalité professionnelle
-Conseil d'administration du GIP DATIS
-Conseil national des missions locales
-Conseil national de l'habitat
-Conseil supérieur des HLM
-Pôle éradication de l'habitat indigne
-Commission interministérielle pour le logement des personnes immigrées
-Etablissement public d'insertion de la Défense (**janvier 2006)**

Vie associative et travail social :
-Conseil national de la vie associative.
-Conseil d'administration de la Croix Rouge Française
(représentation de l'ensemble du Ministère)
-Conseil d'administration du FONJEP
-Conseil d'administration de l'ODAS
-Conseil d'administration de l'INJEP
-Conseil d'administration de la Fondation de France
-Comité de développement de la validation des acquis de l'expérience (**février 2006**)

Thèmes transversaux :
-Commission consultative d'évaluation des charges
-Comité national canicule
-Comité de pilotage expérimentation des situations de crise dans les établissements sociaux et médico-sociaux
-Comité d'orientation pour la prévention des risques naturels majeurs
-Conférence nationale de santé
-Conseil d'administration de l'INPES
-Commission nationale consultative des droits de l'homme
-Conseil d'administration de l'Institut national du cancer
-Observatoire national des zones urbaines sensibles
-Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM)
-Conseil d'administration de la CNAM
-Conseil national de l'aide juridictionnelle
-Agence nationale des services à la personne
-Comité de pilotage des projets sociaux de territoire
-Comité interministériel de prévention de la délinquance (**janvier 2006**)
-Comité de pilotage du n° d'appel 08VICTIMES
-Comité national d'élaboration du programme lutte contre la tuberculose (**février 2006**)
-Comité d'orientation pour la simplification du langage administratif
-Commission de terminologie et de néologie du domaine de la santé et du domaine social



Annexe 6 : bénéficiaires et dépenses de l'aide sociale légale départementale en 2004

T.01 bénéficiaires de l'aide sociale

Effectifs au 31 décembre - France métropolitaine

		Taux de croissance	
	2004	2000/2004	2003/2004
AIDE AUX PERSONNES ÂGÉES	1 020 015	193%	8%
Aides aux personnes âgées à domicile	533 989	240,4%	12,2%
Aides ménagères	32 953	-44,9%	-9,8%
Allocation personnalisée d'autonomie	483 817		16,7%
Prestation spécifique dépendance	129	-99,8%	-97,9%
Allocation compensatrice pour tierce personne des 60 ans ou plus (*)	17 090	-49,4%	-7,9%
Aides aux personnes âgées en établissement	486 026	154,9%	3,6%
Accueil en établissement au titre de l'ASH	112 611	-4,0%	0,2%
Accueil chez des particuliers	1 049	11,7%	-0,9%
Allocation personnalisée d'autonomie	370 665		5,7%
Prestation spécifique dépendance	28	-100,0%	-99,2%
Allocation compensatrice pour tierce personne des 60 ans ou plus (*)	1 673	-82,2%	-16,0%
Total Allocation personnalisée d'autonomie	*854 482*		*11,7%*
Total Prestation spécifique dépendance	*157*	*-99,9%*	*-98,4%*
Total Allocation compensatrice pour tierce personne des 60 ans ou plus	*18 763*	*-56,6%*	*-8,7%*
AIDE AUX PERSONNES HANDICAPÉES	229 340	17,9%	5,7%
Aides aux personnes handicapées à domicile	104 406	15,6%	5,6%
Aides ménagères et auxiliaires de vie	15 097	16,3%	3,5%
Allocation compensatrice pour tierce personne des moins de 60 ans (*)	89 309	15,4%	6,0%
Aides aux personnes handicapées en établissement	124 934	19,9%	5,8%
Accueil en établissement	88 550	13,6%	5,2%
Accueil chez des particuliers	3 909	18,2%	6,0%
Accueil de jour	12 962	52,1%	11,1%
Allocation compensatrice pour tierce personne des moins de 60 ans (*)	19 513	35,2%	5,2%
Total Allocation compensatrice pour tierce personne des moins de 60 ans	*108 822*	*18,5%*	*5,9%*
AIDE SOCIALE Á L'ENFANCE	268 812	2,5%	2,3%
Enfants accueillis à l'ASE	137 085	0,8%	1,7%
Enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance	115 345	4,0%	2,6%
Placements directs par un juge	21 740	-13,3%	-3,2%
Actions éducatives (AEMO et AED)	131 727	4,3%	3,0%
Actions éducatives à domicile (AED)	35 514	12,9%	4,0%
Actions éducatives en milieu ouvert (AEMO)	96 213	1,4%	2,7%
REVENU MINIMUM D'INSERTION (**)	1 083 880	12,3%	8,5%

(*) Droits ouverts.

(**) Il s'agit du nombre d'allocataires du RMI, ceux-ci sont pris en charge par l'Etat jusqu'en 2003, puis par les conseils généraux à partir de 2004.

Champ : France métropolitaine

Sources : DREES - enquêtes Aide sociale, CNAF, CCMSA

T.01 dépenses brutes d'aide sociale

Effectifs au 31 décembre - France métropolitaine

	2004	évolution en euros constants 2004 2000/2004	2003/2004
AIDE AUX PERSONNES ÂGÉES	5 738 629 576	100%	6%
Aides aux personnes âgées à domicile	2 556 029 100	230,1%	3,4%
Aides ménagères	122 538 462	-18,5%	-3,2%
Allocation personnalisée d'autonomie	2 330 708 458		9,2%
Prestation spécifique dépendance			
Allocation compensatrice pour tierce personne des 60 ans ou plus (*)	102 782 179	-58,0%	-8,0%
Aides aux personnes âgées en établissement ou en famille d'accueil	3 037 736 828	47,5%	5,4%
Accueil en établissement au titre de l'ASH	1 792 425 019	-3,5%	4,6%
Accueil chez des particuliers	6 045 827	-10,6%	18,1%
Allocation personnalisée d'autonomie	1 239 265 982		8,6%
Prestation spécifique dépendance			
Autres dépenses	144 863 648		
Total Allocation personnalisée d'autonomie	*3 569 974 440*		*11,3%*
Total Prestation spécifique dépendance			
AIDE AUX PERSONNES HANDICAPÉES	3 742 526 701	23,6%	8,3%
Aides aux personnes handicapées à domicile	618 845 691	9,9%	2,7%
Aides ménagères et auxiliaires de vie	34 012 691	48,3%	19,1%
Allocation compensatrice pour tierce personne des moins de 60 ans (*)	584 833 000	8,3%	1,9%
Aides aux personnes handicapées en établissement	3 065 909 241	25,6%	9,1%
Accueil en établissement	2 883 570 757	24,8%	7,7%
Accueil chez des particuliers	24 527 675	23,8%	5,8%
Autres types d'accueil	157 810 809	42,6%	46,5%
Autres dépenses	57 771 769	139,9%	27,9%
AIDE SOCIALE Á L'ENFANCE	5 116 885 340	9,0%	-0,2%
Enfants accueillis à l'ASE	3 900 014 211	22,2%	8,1%
Enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance			
Placements directs par un juge			
Actions éducatives (AEMO et AED)	330 706 093	18,2%	8,1%
Actions éducatives à domicile (AED)			
Actions éducatives en milieu ouvert (AEMO)			
Autres dépenses d'ASE (dont allocations, prévention spécialisée)	886 165 036	-27,6%	-26,8%
REVENU MINIMUM D'INSERTION (**)	5 482 352 316	676,9%	599,9%

(*) Droits ouverts.

Champ : France métropolitaine

Source : DREES - enquêtes Aide sociale

T.01 bénéficiaires de l'aide sociale

Effectifs au 31 décembre - France métropolitaine

	Bénéficiaires	Part ensemble des bénéficiaires
AIDE AUX PERSONNES ÂGÉES	**1 020 015**	**39,2%**
Aides aux personnes âgées à domicile	**533 989**	**20,5%**
Aides ménagères	32 953	1,3%
Allocation personnalisée d'autonomie	483 817	18,6%
Prestation spécifique dépendance	129	0,0%
Allocation compensatrice pour tierce personne des 60 ans ou plus (*)	17 090	0,7%
Aides aux personnes âgées en établissement	**486 026**	**18,7%**
Accueil en établissement au titre de l'ASH	112 611	4,3%
Accueil chez des particuliers	1 049	0,0%
Allocation personnalisée d'autonomie	370 665	14,2%
Prestation spécifique dépendance	28	0,0%
Allocation compensatrice pour tierce personne des 60 ans ou plus (*)	1 673	0,1%
Total Allocation personnalisée d'autonomie	*854 482*	*32,8%*
Total Prestation spécifique dépendance	*157*	*0,0%*
Total Allocation compensatrice pour tierce personne des 60 ans ou plus	*18 763*	*0,7%*
AIDE AUX PERSONNES HANDICAPÉES	**229 340**	**8,8%**
Aides aux personnes handicapées à domicile	**104 406**	**4,0%**
Aides ménagères et auxiliaires de vie	15 097	0,6%
Allocation compensatrice pour tierce personne des moins de 60 ans (*)	89 309	3,4%
Aides aux personnes handicapées en établissement	**124 934**	**4,8%**
Accueil en établissement	88 550	3,4%
Accueil chez des particuliers	3 909	0,2%
Accueil de jour	12 962	0,5%
Allocation compensatrice pour tierce personne des moins de 60 ans (*)	19 513	0,7%
Total Allocation compensatrice pour tierce personne des moins de 60 ans	*108 822*	*4,2%*
AIDE SOCIALE Á L'ENFANCE	**268 812**	**10,3%**
Enfants accueillis à l'ASE	**137 085**	**5,3%**
Enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance	115 345	4,4%
Placements directs par un juge	21 740	0,8%
Actions éducatives (AEMO et AED)	**131 727**	**5,1%**
Actions éducatives à domicile (AED)	35 514	1,4%
Actions éducatives en milieu ouvert (AEMO)	96 213	3,7%
REVENU MINIMUM D'INSERTION (**)	**1 083 880**	**41,7%**
TOTAL	**2 602 047**	**100,0%**

(*) Droits ouverts.

(**) Il s'agit du nombre d'allocataires du RMI, ceux-ci sont pris en charge par l'Etat jusqu'en 2003, puis par les conseils généraux à partir de 2004.

Champ : France métropolitaine

Sources : DREES - enquêtes Aide sociale, CNAF, CCMSA

T.01 dépenses brutes d'aide sociale

Effectifs au 31 décembre - France métropolitaine

	Dépenses	Part ensemble des dépenses d'aide sociale
AIDE AUX PERSONNES ÂGÉES	5 738 629 576	28,6%
Aides aux personnes âgées à domicile	2 556 029 100	12,7%
Aides ménagères	122 538 462	0,6%
Allocation personnalisée d'autonomie	2 330 708 458	11,6%
Allocation compensatrice pour tierce personne des 60 ans ou plus (*)	102 782 179	0,5%
Aides aux personnes âgées en établissement ou en famille d'accueil	3 037 736 828	15,1%
Accueil en établissement au titre de l'ASH	1 792 425 019	8,9%
Accueil chez des particuliers	6 045 827	0,0%
Allocation personnalisée d'autonomie	1 239 265 982	6,2%
Autres dépenses	144 863 648	0,7%
Total Allocation personnalisée d'autonomie	*3 569 974 440*	*17,8%*
AIDE AUX PERSONNES HANDICAPÉES	3 742 526 701	18,6%
Aides aux personnes handicapées à domicile	618 845 691	3,1%
Aides ménagères et auxiliaires de vie	34 012 691	0,2%
Allocation compensatrice pour tierce personne des moins de 60 ans (*)	584 833 000	2,9%
Aides aux personnes handicapées en établissement	3 065 909 241	15,3%
Accueil en établissement	2 883 570 757	14,4%
Accueil chez des particuliers	24 527 675	0,1%
Autres types d'accueil	157 810 809	0,8%
Autres dépenses	57 771 769	0,3%
AIDE SOCIALE Á L'ENFANCE	5 116 885 340	25,5%
Enfants accueillis à l'ASE	3 900 014 211	19,4%
Enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance		
Placements directs par un juge		
Actions éducatives (AEMO et AED)	330 706 093	1,6%
Actions éducatives à domicile (AED)		
Actions éducatives en milieu ouvert (AEMO)		
Autres dépenses d'ASE (dont allocations, prévention spécialisée)	886 165 036	4,4%
REVENU MINIMUM D'INSERTION (**)	5 482 352 316	27,3%
TOTAL	20 080 393 932	100,0%

(*) Droits ouverts.

Champ : France métropolitaine

Source : DREES - enquêtes Aide sociale

T.01 dépenses brutes d'aide sociale

Effectifs au 31 décembre - France métropolitaine

	Dépenses	Part ensemble des dépenses d'aide sociale aux PA
AIDE AUX PERSONNES ÂGÉES	5 738 629 576	100%
Aides aux personnes âgées à domicile	2 556 029 100	44,5%
Aides ménagères	122 538 462	2,1%
Allocation personnalisée d'autonomie	2 330 708 458	40,6%
Allocation compensatrice pour tierce personne des 60 ans ou plus (*)	102 782 179	1,8%
Aides aux personnes âgées en établissement ou en famille d'accueil	3 037 736 828	52,9%
Accueil en établissement au titre de l'ASH	1 792 425 019	31,2%
Accueil chez des particuliers	6 045 827	0,1%
Allocation personnalisée d'autonomie	1 239 265 982	21,6%
Autres dépenses	144 863 648	2,5%
Total Allocation personnalisée d'autonomie	*3 569 974 440*	*62,2%*
	Dépenses	Part ensemble des dépenses d'aide sociale aux PH
AIDE AUX PERSONNES HANDICAPÉES	3 742 526 701	100,0%
Aides aux personnes handicapées à domicile	618 845 691	16,5%
Aides ménagères et auxiliaires de vie	34 012 691	0,9%
Allocation compensatrice pour tierce personne des moins de 60 ans (*)	584 833 000	15,6%
Aides aux personnes handicapées en établissement	3 065 909 241	81,9%
Accueil en établissement	2 883 570 757	77,0%
Accueil chez des particuliers	24 527 675	0,7%
Autres types d'accueil	157 810 809	4,2%
Autres dépenses	57 771 769	1,5%
	Dépenses	Part ensemble des dépenses d'aide sociale à l'enfance
AIDE SOCIALE Á L'ENFANCE	5 116 885 340	100,0%
Enfants accueillis à l'ASE	3 900 014 211	76,2%
Actions éducatives (AEMO et AED)	330 706 093	6,5%
Autres dépenses d'ASE (dont allocations, prévention spécialisée)	886 165 036	17,3%

(*) Droits ouverts.

Champ : France métropolitaine

Source : DREES - enquêtes Aide sociale